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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311838-24/3-28 від 11.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **3-ДІНІР, порошок для оральної суспензії 250 мг/5 мл по 1 флакону з порошком для приготування 60 мл суспензії у комплекті зі шприцом -дозатором у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311838-24/3-28 від 11.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **3-ДІНІР, порошок для оральної суспензії 250 мг/5 мл по 1 флакону з порошком для приготування 60 мл суспензії у комплекті зі шприцом -дозатором у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311838-24/3-28 від 11.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **3-ДІНІР, порошок для оральної суспензії 250 мг/5 мл по 1 флакону з порошком для приготування 60 мл суспензії у комплекті зі шприцом -дозатором у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323972-24/3-147 від 17.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЕРТАЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323972-24/3-147 від 17.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЕРТАЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323972-24/3-147 від 17.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЕРТАЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325825-24/B-146 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗВЕСТІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325825-24/B-146 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗВЕСТІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325825-24/B-146 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗВЕСТІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319237-24/3-148 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗЕПТИЛ, розчин для ін`єкцій, 500 мг/5 мл; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319237-24/3-148 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗЕПТИЛ, розчин для ін`єкцій, 500 мг/5 мл; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319237-24/3-148 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗЕПТИЛ, розчин для ін`єкцій, 500 мг/5 мл; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318771-24/3-146 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗЕПТИЛ, розчин для ін`єкцій, 500 мг/5 мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318771-24/3-146 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗЕПТИЛ, розчин для ін`єкцій, 500 мг/5 мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318771-24/3-146 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗЕПТИЛ, розчин для ін`єкцій, 500 мг/5 мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324447-24/3-149 від 24.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКТИЛІЗЕ®, ліофілізат для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 флаконом розчинника (вода для ін'єкцій) по 50 мл в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324447-24/3-149 від 24.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКТИЛІЗЕ®, ліофілізат для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 флаконом розчинника (вода для ін'єкцій) по 50 мл в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324447-24/3-149 від 24.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКТИЛІЗЕ®, ліофілізат для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 флаконом розчинника (вода для ін'єкцій) по 50 мл в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322910-24/B-61 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛАНТОЇН, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322910-24/B-61 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛАНТОЇН, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322910-24/В-61 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛАНТОЇН, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321145-24/3-100 від 22.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЕРГІНОЛ ПЛЮС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321145-24/3-100 від 22.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЕРГІНОЛ ПЛЮС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321145-24/3-100 від 22.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЕРГІНОЛ ПЛЮС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321713-24/В-148 від 03.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, таблетки по 0,03 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321713-24/В-148 від 03.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, таблетки по 0,03 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321713-24/В-148 від 03.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, таблетки по 0,03 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322319-24/В-148 від 17.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ-КВ, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322319-24/В-148 від 17.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ-КВ, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322319-24/В-148 від 17.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ-КВ, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323506-24/3-124 від 09.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІНОВЕН ІНФАНТ 10 %, розчин для інфузій; по 100 мл або по 250 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323506-24/3-124 від 09.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІНОВЕН ІНФАНТ 10 %, розчин для інфузій; по 100 мл або по 250 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323506-24/3-124 від 09.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІНОВЕН ІНФАНТ 10 %, розчин для інфузій; по 100 мл або по 250 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312118-24/3-137 від 14.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИПІКАД, таблетки по 10 мг та по 30 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312118-24/3-137 від 14.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИПІКАД, таблетки по 10 мг та по 30 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312118-24/3-137 від 14.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИПІКАД, таблетки по 10 мг та по 30 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312118-24/3-137 від 14.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИПІКАД, таблетки по 10 мг та по 30 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312118-24/3-137 від 14.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИПІКАД, таблетки по 10 мг та по 30 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312118-24/3-137 від 14.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИПІКАД, таблетки по 10 мг та по 30 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309895-24/В-124, 309896-24/В-124, 309897-24/В-124 від 06.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРТЕДЖА® КОМПЛЕКС, капсули; по 30 або 60 капсул у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 6 капсул у блістері; по 5 або 10 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309895-24/В-124, 309896-24/В-124, 309897-24/В-124 від 06.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРТЕДЖА® КОМПЛЕКС, капсули; по 30 або 60 капсул у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 6 капсул у блістері; по 5 або 10 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309895-24/В-124, 309896-24/В-124, 309897-24/В-124 від 06.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРТЕДЖА® КОМПЛЕКС, капсули; по 30 або 60 капсул у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 6 капсул у блістері; по 5 або 10 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322379-24/3-148, 322380-24/3-148, 322381-24/3-148, 322382-24/3-148, 322383-24/3-148, 322395-24/3-148 від 18.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСАКОЛ®, супозиторії ректальні по 500 мг; по 5 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Тілотс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322379-24/З-148, 322380-24/З-148, 322381-24/З-148, 322382-24/З-148, 322383-24/З-148, 322395-24/З-148 від 18.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСАКОЛ®, супозиторії ректальні по 500 мг; по 5 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Тілотс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322379-24/З-148, 322380-24/З-148, 322381-24/З-148, 322382-24/З-148, 322383-24/З-148, 322395-24/З-148 від 18.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСАКОЛ®, супозиторії ректальні по 500 мг; по 5 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Тілотс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323307-24/В-139 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТЕРОКАРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1, 3, 4 або 7 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323307-24/В-139 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТЕРОКАРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1, 3, 4 або 7 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323307-24/В-139 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТЕРОКАРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1, 3, 4 або 7 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319763-24/B-138 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОВАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 10 блістерів у картонній упаковці; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319763-24/В-138 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОВАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 10 блістерів у картонній упаковці; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319763-24/В-138 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОВАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 10 блістерів у картонній упаковці; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322966-24/3-144 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АУГМЕНТИН (BD), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 875 мг/125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 2 пакета у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322966-24/3-144 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АУГМЕНТИН (BD), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 875 мг/125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 2 пакета у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322966-24/3-144 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АУГМЕНТИН (BD), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 875 мг/125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 2 пакета у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324192-24/B-120 від 22.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКТОПІК, мазь, 2 %;**<br>**по 15 г мазі в алюмінієвій тубі з маркуванням українською мовою, по 1 тубі у картонній упаковці з маркуванням українською та анлійською мовами;** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324192-24/B-120 від 22.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКТОПІК, мазь, 2 %;**<br>**по 15 г мазі в алюмінієвій тубі з маркуванням українською мовою, по 1 тубі у картонній упаковці з маркуванням українською та анлійською мовами;** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324192-24/B-120 від 22.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКТОПІК, мазь, 2 %;**<br>**по 15 г мазі в алюмінієвій тубі з маркуванням українською мовою, по 1 тубі у картонній упаковці з маркуванням українською та анлійською мовами;** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/3-126, 320807-24/3-126, 320808-24/3-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/3-126, 320807-24/3-126, 320808-24/3-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/3-126, 320807-24/3-126, 320808-24/3-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/3-126, 320807-24/3-126, 320808-24/3-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/3-126, 320807-24/3-126, 320808-24/3-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320806-24/З-126, 320807-24/З-126, 320808-24/З-126 від 14.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 500 МО, 1000 МО, 2000 МО або 3000 МО**<br>**1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322260-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАГІСТИН-ТЕВА, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг; таблетки по 8 мг та 16 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки по 24 мг: по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322260-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАГІСТИН-ТЕВА, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг; таблетки по 8 мг та 16 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки по 24 мг: по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322260-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАГІСТИН-ТЕВА, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг; таблетки по 8 мг та 16 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки по 24 мг: по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322260-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАГІСТИН-ТЕВА, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг; таблетки по 8 мг та 16 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки по 24 мг: по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322260-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАГІСТИН-ТЕВА, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг; таблетки по 8 мг та 16 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки по 24 мг: по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322260-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАГІСТИН-ТЕВА, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг; таблетки по 8 мг та 16 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки по 24 мг: по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322260-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАГІСТИН-ТЕВА, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг; таблетки по 8 мг та 16 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки по 24 мг: по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322260-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАГІСТИН-ТЕВА, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг; таблетки по 8 мг та 16 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки по 24 мг: по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322260-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАГІСТИН-ТЕВА, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг; таблетки по 8 мг та 16 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки по 24 мг: по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323162-24/B-28 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАЙОД ПЛЮС, обполіскувач для горла, концентрат по 50 мл у флаконі зі скла, закритому кришкою; по 1 флакону зі стаканом мірним у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323162-24/B-28 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАЙОД ПЛЮС, обполіскувач для горла, концентрат по 50 мл у флаконі зі скла, закритому кришкою; по 1 флакону зі стаканом мірним у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323162-24/В-28 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАЙОД ПЛЮС, обполіскувач для горла, концентрат по 50 мл у флаконі зі скла, закритому кришкою; по 1 флакону зі стаканом мірним у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322874-24/B-96 від 30.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАЙОД ПЛЮС , спрей для ротової порожнини по 30 мл у флаконі зі скла з оральним розпилювальним пристроєм та запобіжним ковпачком в комплекті; по 1 флакону з оральним розпилювальним пристроєм і запобіжним ковпачком у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322874-24/B-96 від 30.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАЙОД ПЛЮС , спрей для ротової порожнини по 30 мл у флаконі зі скла з оральним розпилювальним пристроєм та запобіжним ковпачком в комплекті; по 1 флакону з оральним розпилювальним пристроєм і запобіжним ковпачком у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322874-24/B-96 від 30.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАЙОД ПЛЮС , спрей для ротової порожнини по 30 мл у флаконі зі скла з оральним розпилювальним пристроєм та запобіжним ковпачком в комплекті; по 1 флакону з оральним розпилювальним пристроєм і запобіжним ковпачком у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292328-23/B-138, 292329-23/B-138, 292330-23/B-138, 292332-23/B-138, 292333-23/B-138, 320378-24/B-138, 320379-24/B-138, 320380-24/B-138 від 13.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЛАСТОМУНІЛ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,6 мг; 5 флаконів з порошком у пачці з коробкового картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Ензифарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292328-23/B-138, 292329-23/B-138, 292330-23/B-138, 292332-23/B-138, 292333-23/B-138, 320378-24/B-138, 320379-24/B-138, 320380-24/B-138 від 13.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЛАСТОМУНІЛ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,6 мг; 5 флаконів з порошком у пачці з коробкового картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Ензифарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292328-23/B-138, 292329-23/B-138, 292330-23/B-138, 292332-23/B-138, 292333-23/B-138, 320378-24/B-138, 320379-24/B-138, 320380-24/B-138 від 13.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЛАСТОМУНІЛ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,6 мг; 5 флаконів з порошком у пачці з коробкового картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Ензифарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323362-24/3-60 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЛЕОНКО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 15 ОД<br>1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323362-24/3-60 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЛЕОНКО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 15 ОД<br>1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323362-24/3-60 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЛЕОНКО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 15 ОД<br>1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321915-24/3-144 від 06.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРАМІТОБ, розчин для інгаляцій, 300 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі; по 4 ампули в герметично запаяному стрипі; по 16, 28 або 56 ампул у картонній коробці** |
| **Заявник** | **К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321915-24/3-144 від 06.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРАМІТОБ, розчин для інгаляцій, 300 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі; по 4 ампули в герметично запаяному стрипі; по 16, 28 або 56 ампул у картонній коробці** |
| **Заявник** | **К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321915-24/3-144 від 06.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРАМІТОБ, розчин для інгаляцій, 300 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі; по 4 ампули в герметично запаяному стрипі; по 16, 28 або 56 ампул у картонній коробці** |
| **Заявник** | **К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316902-24/3-60 від 11.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОСТОП® ПАСТИЛКИ, пастилки по 59,5 мг по 10 пастилок у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Квізда Фарма ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316902-24/3-60 від 11.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОСТОП® ПАСТИЛКИ, пастилки по 59,5 мг по 10 пастилок у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Квізда Фарма ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316902-24/3-60 від 11.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОСТОП® ПАСТИЛКИ, пастилки по 59,5 мг по 10 пастилок у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Квізда Фарма ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316901-24/3-60 від 11.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОСТОП® СИРОП, сироп, по 120 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним стаканчиком в коробці з картону;** |
| **Заявник** | **Квізда Фарма ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316901-24/3-60 від 11.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОСТОП® СИРОП, сироп, по 120 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним стаканчиком в коробці з картону;** |
| **Заявник** | **Квізда Фарма ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316901-24/3-60 від 11.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОСТОП® СИРОП, сироп, по 120 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним стаканчиком в коробці з картону;** |
| **Заявник** | **Квізда Фарма ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321199-24/3-100 від 23.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ (ІНАКТИВОВАНА) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу); по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321199-24/3-100 від 23.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ (ІНАКТИВОВАНА) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу); по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321199-24/3-100 від 23.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ (ІНАКТИВОВАНА) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу); по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319889-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР А 80/5, ВАЛМІСАР А 160/5, ВАЛМІСАР А 160/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/5 мг або по 160 мг/5 мг, або по 160 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319889-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР А 80/5, ВАЛМІСАР А 160/5, ВАЛМІСАР А 160/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/5 мг або по 160 мг/5 мг, або по 160 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319889-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР А 80/5, ВАЛМІСАР А 160/5, ВАЛМІСАР А 160/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/5 мг або по 160 мг/5 мг, або по 160 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319889-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР А 80/5, ВАЛМІСАР А 160/5, ВАЛМІСАР А 160/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/5 мг або по 160 мг/5 мг, або по 160 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319889-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР А 80/5, ВАЛМІСАР А 160/5, ВАЛМІСАР А 160/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/5 мг або по 160 мг/5 мг, або по 160 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319889-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР А 80/5, ВАЛМІСАР А 160/5, ВАЛМІСАР А 160/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/5 мг або по 160 мг/5 мг, або по 160 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319889-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР А 80/5, ВАЛМІСАР А 160/5, ВАЛМІСАР А 160/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/5 мг або по 160 мг/5 мг, або по 160 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319889-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР А 80/5, ВАЛМІСАР А 160/5, ВАЛМІСАР А 160/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/5 мг або по 160 мг/5 мг, або по 160 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319889-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР А 80/5, ВАЛМІСАР А 160/5, ВАЛМІСАР А 160/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/5 мг або по 160 мг/5 мг, або по 160 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319888-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319888-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319888-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319888-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319888-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319888-24/3-148 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315840-24/3-124, 315841-24/3-124, 315842-24/3-124 від 22.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2, по 4, по 8 або по 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3, по 6, по 9 або по 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315840-24/3-124, 315841-24/3-124, 315842-24/3-124 від 22.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2, по 4, по 8 або по 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3, по 6, по 9 або по 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315840-24/3-124, 315841-24/3-124, 315842-24/3-124 від 22.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2, по 4, по 8 або по 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3, по 6, по 9 або по 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325801-24/В-145 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325801-24/В-145 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325801-24/В-145 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316629-24/3-143, 320643-24/3-144, 321441-24/3-124 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг; по 10 таблетоук у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316629-24/З-143, 320643-24/З-144, 321441-24/З-124 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг; по 10 таблетоук у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316629-24/З-143, 320643-24/З-144, 321441-24/З-124 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг; по 10 таблетоук у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316629-24/3-143, 320643-24/3-144, 321441-24/3-124 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг; по 10 таблетоук у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316629-24/З-143, 320643-24/З-144, 321441-24/З-124 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг; по 10 таблетоук у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316629-24/З-143, 320643-24/З-144, 321441-24/З-124 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг; по 10 таблетоук у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319276-24/З-149, 321318-24/З-149 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗОМНІ, таблетки з модифікованим вивільненням, 6 мг/0,4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319276-24/3-149, 321318-24/3-149 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗОМНІ, таблетки з модифікованим вивільненням, 6 мг/0,4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319276-24/3-149, 321318-24/3-149 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗОМНІ, таблетки з модифікованим вивільненням, 6 мг/0,4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319581-24/3-06 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІНОРЕЛЬБІН - ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл, по 1 мл (10 мг), 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319581-24/3-06 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІНОРЕЛЬБІН - ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл, по 1 мл (10 мг), 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319581-24/3-06 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІНОРЕЛЬБІН - ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл, по 1 мл (10 мг), 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322743-24/В-143 від 26.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІПРАТОКС, лінімент; по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322743-24/В-143 від 26.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІПРАТОКС, лінімент; по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322743-24/В-143 від 26.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІПРАТОКС, лінімент; по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291783-23/В-128 від 04.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІТАПРОМПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мкг; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291783-23/В-128 від 04.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІТАПРОМПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мкг; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291783-23/В-128 від 04.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІТАПРОМПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мкг; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323560-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛОПРИЛ, таблетки по 1,5 мг;**<br>**для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «Харківське фармацевтичне підприємство «Здоров'я народу», Україна**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці**<br>**для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМЕКС ГРУП», Україна**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323560-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛОПРИЛ, таблетки по 1,5 мг;**<br>**для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «Харківське фармацевтичне підприємство «Здоров'я народу», Україна**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці**<br>**для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМЕКС ГРУП», Україна**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323560-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛОПРИЛ, таблетки по 1,5 мг;**<br>**для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «Харківське фармацевтичне підприємство «Здоров'я народу», Україна**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці**<br>**для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМЕКС ГРУП», Україна**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323561-24/B-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛОПРИЛ, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл;**<br>**по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці з картону;**<br>**по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону;**<br>**по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323561-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛОПРИЛ, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл;<br>по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці з картону;<br>по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону;<br>по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323561-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛОПРИЛ, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл;<br>по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці з картону;<br>по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону;<br>по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323562-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛОПРИЛ ФОРТЕ, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323562-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛОПРИЛ ФОРТЕ, таблетки по 5 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323562-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛОПРИЛ ФОРТЕ, таблетки по 5 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322553-24/B-98 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕВКАМЕН, мазь, по 40 г в тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322553-24/B-98 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕВКАМЕН, мазь, по 40 г в тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322553-24/B-98 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕВКАМЕН, мазь, по 40 г в тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323753-24/3-128 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕЛАСПАН 4%, розчин для інфузій; по 500 мл у флаконах поліетиленових; по 10 флаконів у картонній коробці; по 500 мл у мішках пластикових; по 20 мішків у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323753-24/3-128 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕЛАСПАН 4%, розчин для інфузій; по 500 мл у флаконах поліетиленових; по 10 флаконів у картонній коробці; по 500 мл у мішках пластикових; по 20 мішків у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323753-24/3-128 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕЛАСПАН 4%, розчин для інфузій; по 500 мл у флаконах поліетиленових; по 10 флаконів у картонній коробці; по 500 мл у мішках пластикових; по 20 мішків у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322190-24/B-28, 322191-24/B-28 від 13.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІЦИН, кристалічний порошок (субстанція) у мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322190-24/B-28, 322191-24/B-28 від 13.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІЦИН, кристалічний порошок (субстанція) у мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322190-24/B-28, 322191-24/B-28 від 13.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІЦИН, кристалічний порошок (субстанція) у мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321150-24/3-146 від 22.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКАГЕН® 1 МГ ГІПОКІТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг (1 МО); 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін`єкцій по 1 мл у шприці № 1) у пластиковій коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321150-24/3-146 від 22.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКАГЕН® 1 МГ ГІПОКІТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг (1 МО); 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін`єкцій по 1 мл у шприці № 1) у пластиковій коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321150-24/3-146 від 22.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКАГЕН® 1 МГ ГІПОКІТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг (1 МО); 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін`єкцій по 1 мл у шприці № 1) у пластиковій коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322234-24/3-120 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКОВАНС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг/2,5 мг;**<br>**по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці;**<br>**по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці.**<br>**Маркування українською та англійською мовами.;** |
| **Заявник** | **Мерк Санте с.а.с., Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322234-24/3-120 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКОВАНС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг/2,5 мг;<br>по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці;<br>по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці.<br>Маркування українською та англійською мовами.;** |
| **Заявник** | **Мерк Санте с.а.с., Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322234-24/3-120 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКОВАНС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг/2,5 мг;<br>по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці;<br>по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці.<br>Маркування українською та англійською мовами.;** |
| **Заявник** | **Мерк Санте с.а.с., Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306421-23/3-143, 306422-23/3-143, 306423-23/3-143, 306425-23/3-143, 306426-23/3-143, 306427-23/3-143, 306428-23/3-143, 306429-23/3-143, 306430-23/3-143, 306431-23/3-143, 306432-23/3-143 від 08.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,48 мл; по 0,48 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,72 мл; по 0,72 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,44 мл; по 1,44 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306421-23/3-143, 306422-23/3-143, 306423-23/3-143, 306425-23/3-143, 306426-23/3-143, 306427-23/3-143, 306428-23/3-143, 306429-23/3-143, 306430-23/3-143, 306431-23/3-143, 306432-23/3-143 від 08.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,48 мл; по 0,48 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,72 мл; по 0,72 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,44 мл; по 1,44 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306421-23/З-143, 306422-23/З-143, 306423-23/З-143, 306425-23/З-143, 306426-23/З-143, 306427-23/З-143, 306428-23/З-143, 306429-23/З-143, 306430-23/З-143, 306431-23/З-143, 306432-23/З-143 від 08.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,48 мл; по 0,48 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,72 мл; по 0,72 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,44 мл; по 1,44 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306421-23/3-143, 306422-23/3-143, 306423-23/3-143, 306425-23/3-143, 306426-23/3-143, 306427-23/3-143, 306428-23/3-143, 306429-23/3-143, 306430-23/3-143, 306431-23/3-143, 306432-23/3-143 від 08.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,48 мл; по 0,48 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,72 мл; по 0,72 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,44 мл; по 1,44 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306421-23/3-143, 306422-23/3-143, 306423-23/3-143, 306425-23/3-143, 306426-23/3-143, 306427-23/3-143, 306428-23/3-143, 306429-23/3-143, 306430-23/3-143, 306431-23/3-143, 306432-23/3-143 від 08.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,48 мл; по 0,48 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,72 мл; по 0,72 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,44 мл; по 1,44 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306421-23/З-143, 306422-23/З-143, 306423-23/З-143, 306425-23/З-143, 306426-23/З-143, 306427-23/З-143, 306428-23/З-143, 306429-23/З-143, 306430-23/З-143, 306431-23/З-143, 306432-23/З-143 від 08.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,48 мл; по 0,48 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,72 мл; по 0,72 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,44 мл; по 1,44 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306421-23/3-143, 306422-23/3-143, 306423-23/3-143, 306425-23/3-143, 306426-23/3-143, 306427-23/3-143, 306428-23/3-143, 306429-23/3-143, 306430-23/3-143, 306431-23/3-143, 306432-23/3-143 від 08.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,48 мл; по 0,48 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,72 мл; по 0,72 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,44 мл; по 1,44 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306421-23/3-143, 306422-23/3-143, 306423-23/3-143, 306425-23/3-143, 306426-23/3-143, 306427-23/3-143, 306428-23/3-143, 306429-23/3-143, 306430-23/3-143, 306431-23/3-143, 306432-23/3-143 від 08.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,48 мл; по 0,48 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,72 мл; по 0,72 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,44 мл; по 1,44 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306421-23/З-143, 306422-23/З-143, 306423-23/З-143, 306425-23/З-143, 306426-23/З-143, 306427-23/З-143, 306428-23/З-143, 306429-23/З-143, 306430-23/З-143, 306431-23/З-143, 306432-23/З-143 від 08.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,48 мл; по 0,48 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,72 мл; по 0,72 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,44 мл; по 1,44 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321976-24/3-146, 321977-24/3-146 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПЕКС АКТИВ МАКС, таблетки по 4 або 10, або 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 10 або 12 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Юнілаб, ЛП, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321976-24/3-146, 321977-24/3-146 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПЕКС АКТИВ МАКС, таблетки по 4 або 10, або 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 10 або 12 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Юнілаб, ЛП, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321976-24/3-146, 321977-24/3-146 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПЕКС АКТИВ МАКС, таблетки по 4 або 10, або 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 10 або 12 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Юнілаб, ЛП, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307945-23/В-140 від 28.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАРФЕН® КІДС ФОРТЕ, суспензія оральна, 200 мг/5 мл по 100 мл у флаконі, по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307945-23/В-140 від 28.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАРФЕН® КІДС ФОРТЕ, суспензія оральна, 200 мг/5 мл по 100 мл у флаконі, по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307945-23/В-140 від 28.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАРФЕН® КІДС ФОРТЕ, суспензія оральна, 200 мг/5 мл по 100 мл у флаконі, по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317233-24/3-92, 317234-24/3-92, 317236-24/3-92 від 17.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЦЕПТОН®, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 3 мл у картриджі; по 5 картриджів у пластиковій контурній упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЕВЕР Нейро Фарма ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317233-24/3-92, 317234-24/3-92, 317236-24/3-92 від 17.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЦЕПТОН®, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 3 мл у картриджі; по 5 картриджів у пластиковій контурній упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЕВЕР Нейро Фарма ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317233-24/3-92, 317234-24/3-92, 317236-24/3-92 від 17.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЦЕПТОН®, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 3 мл у картриджі; по 5 картриджів у пластиковій контурній упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЕВЕР Нейро Фарма ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322279-24/3-145 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕАКУРА®, таблетки по 5 мг;<br>по 50 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322279-24/3-145 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕАКУРА®, таблетки по 5 мг;<br>по 50 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322279-24/3-145 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕАКУРА®, таблетки по 5 мг; по 50 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325480-24/B-97, 325481-24/B-97, 325482-24/B-97, 325483-24/B-97, 325485-24/B-97, 325486-24/B-97 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН РИНО ДУО, спрей назальний, розчин, по 10 мл розчину у флаконі з розпилювачем та ковпачком, який захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325480-24/B-97, 325481-24/B-97, 325482-24/B-97, 325483-24/B-97, 325485-24/B-97, 325486-24/B-97 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН РИНО ДУО, спрей назальний, розчин, по 10 мл розчину у флаконі з розпилювачем та ковпачком, який захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325480-24/B-97, 325481-24/B-97, 325482-24/B-97, 325483-24/B-97, 325485-24/B-97, 325486-24/B-97 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН РИНО ДУО, спрей назальний, розчин, по 10 мл розчину у флаконі з розпилювачем та ковпачком, який захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325333-24/3-96 від 05.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРИВА С МС, гель; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325333-24/3-96 від 05.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРИВА С МС, гель; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325333-24/3-96 від 05.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРИВА С МС, гель; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300193-23/З-128 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАКАВІ, таблетки по 5 мг або по 15 мг, або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у коробці із картону пакувального** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300193-23/З-128 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАКАВІ, таблетки по 5 мг або по 15 мг, або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у коробці із картону пакувального** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300193-23/З-128 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАКАВІ, таблетки по 5 мг або по 15 мг, або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у коробці із картону пакувального** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300193-23/З-128 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАКАВІ, таблетки по 5 мг або по 15 мг, або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у коробці із картону пакувального** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300193-23/З-128 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАКАВІ, таблетки по 5 мг або по 15 мг, або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у коробці із картону пакувального** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300193-23/З-128 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАКАВІ, таблетки по 5 мг або по 15 мг, або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у коробці із картону пакувального** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300193-23/З-128 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАКАВІ, таблетки по 5 мг або по 15 мг, або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у коробці із картону пакувального** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300193-23/З-128 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАКАВІ, таблетки по 5 мг або по 15 мг, або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у коробці із картону пакувального** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300193-23/З-128 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАКАВІ, таблетки по 5 мг або по 15 мг, або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у коробці із картону пакувального** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320605-24/3-126 від 12.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИМІСТА, спрей назальний, суспензія, 137 мкг/50 мкг на дозу; по 6,4 г суспензії у флаконі об'ємом 10 мл; по 1 флакону в картонній пачці; по 23 г суспензії у флаконі об'ємом 25 мл; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320605-24/3-126 від 12.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИМІСТА, спрей назальний, суспензія, 137 мкг/50 мкг на дозу; по 6,4 г суспензії у флаконі об'ємом 10 мл; по 1 флакону в картонній пачці; по 23 г суспензії у флаконі об'ємом 25 мл; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320605-24/3-126 від 12.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИМІСТА, спрей назальний, суспензія, 137 мкг/50 мкг на дозу; по 6,4 г суспензії у флаконі об'ємом 10 мл; по 1 флакону в картонній пачці; по 23 г суспензії у флаконі об'ємом 25 мл; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322416-24/B-124, 322417-24/B-124, 322418-24/B-124, 322419-24/B-124, 322420-24/B-124 від 20.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІАГНОЛ®, порошок для орального розчину, 64 г/пакет; по 73,69 г порошку у пакеті; по 4 пакети в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322416-24/B-124, 322417-24/B-124, 322418-24/B-124, 322419-24/B-124, 322420-24/B-124 від 20.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІАГНОЛ®, порошок для орального розчину, 64 г/пакет; по 73,69 г порошку у пакеті; по 4 пакети в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322416-24/B-124, 322417-24/B-124, 322418-24/B-124, 322419-24/B-124, 322420-24/B-124 від 20.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІАГНОЛ®, порошок для орального розчину, 64 г/пакет; по 73,69 г порошку у пакеті; по 4 пакети в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316094-24/3-123 від 29.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІАЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, 1 флакон з порошком в пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316094-24/3-123 від 29.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІАЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, 1 флакон з порошком в пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316094-24/3-123 від 29.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІАЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, 1 флакон з порошком в пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322247-24/В-146 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІУРЕМІД, таблетки по 250 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322247-24/B-146 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІУРЕМІД, таблетки по 250 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322247-24/В-146 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІУРЕМІД, таблетки по 250 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322829-24/3-146 від 27.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОБУТАМІН АДМЕДА, розчин для інфузій, 250 мг/50 мл; по 50 мл (250 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 50 мл (250 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 5 картонних коробок у плівці поліетиленовій** |
| **Заявник** | **Адмеда Арцнайміттель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322829-24/3-146 від 27.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОБУТАМІН АДМЕДА, розчин для інфузій, 250 мг/50 мл; по 50 мл (250 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 50 мл (250 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 5 картонних коробок у плівці поліетиленовій** |
| **Заявник** | **Адмеда Арцнайміттель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322829-24/3-146 від 27.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОБУТАМІН АДМЕДА, розчин для інфузій, 250 мг/50 мл; по 50 мл (250 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 50 мл (250 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 5 картонних коробок у плівці поліетиленовій** |
| **Заявник** | **Адмеда Арцнайміттель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316578-24/B-97 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКУЛАК ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316578-24/В-97 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКУЛАК ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316578-24/В-97 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКУЛАК ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316578-24/B-97 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКУЛАК ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316578-24/В-97 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКУЛАК ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316578-24/В-97 від 06.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКУЛАК ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319274-24/3-132 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЛОКСЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319274-24/3-132 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЛОКСЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319274-24/3-132 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЛОКСЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323467-24/3-149 від 09.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУОДАРТ, капсули тверді по 0,5 мг/0,4 мг; по 30 або по 90 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323467-24/3-149 від 09.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУОДАРТ, капсули тверді по 0,5 мг/0,4 мг; по 30 або по 90 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323467-24/3-149 від 09.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУОДАРТ, капсули тверді по 0,5 мг/0,4 мг; по 30 або по 90 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316449-24/3-97, 316450-24/3-97, 316451-24/3-97 від 04.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКАБАЛ® КРАПЛІ, краплі, 1 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316449-24/3-97, 316450-24/3-97, 316451-24/3-97 від 04.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКАБАЛ® КРАПЛІ, краплі, 1 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316449-24/3-97, 316450-24/3-97, 316451-24/3-97 від 04.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКАБАЛ® КРАПЛІ, краплі, 1 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312208-24/3-145, 312209-24/3-145, 312210-24/3-145 від 15.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЗОМЕР, таблетки гастрорезистентні по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПЕРРЕРІ ФАРМАЧЕУТІЧІ СРЛ, Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312208-24/3-145, 312209-24/3-145, 312210-24/3-145 від 15.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЗОМЕР, таблетки гастрорезистентні по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПЕРРЕРІ ФАРМАЧЕУТІЧІ СРЛ, Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312208-24/3-145, 312209-24/3-145, 312210-24/3-145 від 15.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЗОМЕР, таблетки гастрорезистентні по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПЕРРЕРІ ФАРМАЧЕУТІЧІ СРЛ, Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320987-24/3-45 від 19.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКОКС 400, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг по 10 таблеток у блістері, по 10 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320987-24/3-45 від 19.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКОКС 400, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг по 10 таблеток у блістері, по 10 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320987-24/3-45 від 19.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКОКС 400, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг по 10 таблеток у блістері, по 10 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325846-24/B-97 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСТРАКТ СУХИЙ З КОРЕНІВ ПЕЛАРГОНІЇ ОЧИТКОВОЇ, екстракт (субстанція) у мішках з чотиришарової плівки для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325846-24/B-97 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСТРАКТ СУХИЙ З КОРЕНІВ ПЕЛАРГОНІЇ ОЧИТКОВОЇ, екстракт (субстанція) у мішках з чотиришарової плівки для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325846-24/В-97 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСТРАКТ СУХИЙ З КОРЕНІВ ПЕЛАРГОНІЇ ОЧИТКОВОЇ, екстракт (субстанція) у мішках з чотиришарової плівки для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310761-24/B-145, 318875-24/B-145, 318876-24/B-145 від 22.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЕУТЕРОКОК, екстракт рідкий для перорального застосування, спиртовий;**<br>**по 40 мл у флаконах скляних;**<br>**по 50 мл у флаконах скляних або полімерних;**<br>**по 50 мл у флаконі скляному або полімерному в пачці з картону;**<br>**по 100 мл у флаконах скляних;**<br>**по 100 мл у флаконі скляному в пачці з картону;**<br>**по 20 кг у бутлях скляних** |
| **Заявник** | **АТ "Лубнифарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310761-24/B-145, 318875-24/B-145, 318876-24/B-145 від 22.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЕУТЕРОКОК, екстракт рідкий для перорального застосування, спиртовий;**<br>**по 40 мл у флаконах скляних;**<br>**по 50 мл у флаконах скляних або полімерних;**<br>**по 50 мл у флаконі скляному або полімерному в пачці з картону;**<br>**по 100 мл у флаконах скляних;**<br>**по 100 мл у флаконі скляному в пачці з картону;**<br>**по 20 кг у бутлях скляних** |
| **Заявник** | **АТ "Лубнифарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310761-24/B-145, 318875-24/B-145, 318876-24/B-145 від 22.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЕУТЕРОКОК, екстракт рідкий для перорального застосування, спиртовий;**<br>**по 40 мл у флаконах скляних;**<br>**по 50 мл у флаконах скляних або полімерних;**<br>**по 50 мл у флаконі скляному або полімерному в пачці з картону;**<br>**по 100 мл у флаконах скляних;**<br>**по 100 мл у флаконі скляному в пачці з картону;**<br>**по 20 кг у бутлях скляних** |
| **Заявник** | **АТ "Лубнифарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301459-23/3-45 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЬПАТРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або 50 або 75 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301459-23/3-45 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЬПАТРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або 50 або 75 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301459-23/3-45 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЬПАТРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або 50 або 75 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301459-23/3-45 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЬПАТРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або 50 або 75 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301459-23/3-45 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЬПАТРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або 50 або 75 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301459-23/3-45 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЬПАТРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або 50 або 75 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301459-23/3-45 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЬПАТРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або 50 або 75 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301459-23/3-45 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЬПАТРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або 50 або 75 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301459-23/3-45 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЬПАТРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або 50 або 75 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312829-24/B-96, 313638-24/B-96, 313639-24/B-96, 314662-24/B-145 від 27.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМОТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Ерсель Фарма Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312829-24/B-96, 313638-24/B-96, 313639-24/B-96, 314662-24/B-145 від 27.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМОТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Ерсель Фарма Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312829-24/B-96, 313638-24/B-96, 313639-24/B-96, 314662-24/B-145 від 27.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМОТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Ерсель Фарма Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312829-24/B-96, 313638-24/B-96, 313639-24/B-96, 314662-24/B-145 від 27.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМОТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Ерсель Фарма Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312829-24/B-96, 313638-24/B-96, 313639-24/B-96, 314662-24/B-145 від 27.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМОТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Ерсель Фарма Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312829-24/B-96, 313638-24/B-96, 313639-24/B-96, 314662-24/B-145 від 27.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМОТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Ерсель Фарма Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299239-23/В-128 від 07.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНОКСАПАРИН-ЛЕКХІМ, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/мл; по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 1 мл (10 000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці; по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299239-23/B-128 від 07.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНОКСАПАРИН-ЛЕКХІМ, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/мл; по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 1 мл (10 000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці; по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299239-23/B-128 від 07.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНОКСАПАРИН-ЛЕКХІМ, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/мл; по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці; або по 1 мл (10 000 анти-Ха МО) у попередньо наповненому шприці; по 2 шприци в блістері; in bulk: по 25 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324081-24/3-118 від 21.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕССОБЕЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324081-24/3-118 від 21.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕССОБЕЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324081-24/3-118 від 21.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕССОБЕЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324081-24/3-118 від 21.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕССОБЕЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324081-24/3-118 від 21.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕССОБЕЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324081-24/3-118 від 21.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕССОБЕЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309816-24/3-96, 318529-24/3-96 від 05.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕТРУЗИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309816-24/3-96, 318529-24/3-96 від 05.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕТРУЗИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309816-24/3-96, 318529-24/3-96 від 05.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕТРУЗИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309816-24/3-96, 318529-24/3-96 від 05.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕТРУЗИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309816-24/3-96, 318529-24/3-96 від 05.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕТРУЗИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309816-24/3-96, 318529-24/3-96 від 05.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕТРУЗИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317337-24/3-92 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРОКС®, таблетки по 25 мкг або по 50 мкг або по 100 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 4 блістери в упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317337-24/3-92 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРОКС®, таблетки по 25 мкг або по 50 мкг або по 100 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 4 блістери в упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317337-24/3-92 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРОКС®, таблетки по 25 мкг або по 50 мкг або по 100 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 4 блістери в упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317337-24/3-92 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРОКС®, таблетки по 25 мкг або по 50 мкг або по 100 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 4 блістери в упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317337-24/3-92 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРОКС®, таблетки по 25 мкг або по 50 мкг або по 100 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 4 блістери в упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317337-24/3-92 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРОКС®, таблетки по 25 мкг або по 50 мкг або по 100 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 4 блістери в упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317337-24/3-92 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРОКС®, таблетки по 25 мкг або по 50 мкг або по 100 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 4 блістери в упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317337-24/3-92 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРОКС®, таблетки по 25 мкг або по 50 мкг або по 100 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 4 блістери в упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317337-24/3-92 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРОКС®, таблетки по 25 мкг або по 50 мкг або по 100 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 4 блістери в упаковці** |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323082-24/3-137 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323082-24/3-137 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323082-24/3-137 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323082-24/3-137 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323082-24/3-137 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323082-24/3-137 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323341-24/B-61 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЖИВОКОСТ АРТОЛІЯ, мазь по 25 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону; по 25 г або по 50 г, або по 90 г у банці; по 1 банці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323341-24/B-61 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЖИВОКОСТ АРТОЛІЯ, мазь по 25 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону; по 25 г або по 50 г, або по 90 г у банці; по 1 банці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323341-24/В-61 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЖИВОКОСТ АРТОЛІЯ, мазь по 25 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону; по 25 г або по 50 г, або по 90 г у банці; по 1 банці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321485-24/В-146, 324472-24/В-146 від 29.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г; 1 флакон з порошком; 5 флаконів з порошком у касеті; по 1 касеті в пеналі з картону; 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321485-24/В-146, 324472-24/В-146 від 29.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г; 1 флакон з порошком; 5 флаконів з порошком у касеті; по 1 касеті в пеналі з картону; 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321485-24/В-146, 324472-24/В-146 від 29.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г; 1 флакон з порошком; 5 флаконів з порошком у касеті; по 1 касеті в пеналі з картону; 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313934-24/3-06 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОІДИМ , Порошок для розчину для ін`єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній упаковці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313934-24/3-06 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОІДИМ , Порошок для розчину для ін`єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній упаковці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313934-24/3-06 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОІДИМ , Порошок для розчину для ін`єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній упаковці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313934-24/3-06 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОІДИМ , Порошок для розчину для ін`єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній упаковці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313934-24/3-06 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОІДИМ , Порошок для розчину для ін`єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній упаковці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313934-24/3-06 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОІДИМ , Порошок для розчину для ін`єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній упаковці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318715-24/3-128, 318716-24/3-128, 318717-24/3-128, 320455-24/3-128 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОКАРДІС® 30 МГ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318715-24/3-128, 318716-24/3-128, 318717-24/3-128, 320455-24/3-128 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОКАРДІС® 30 МГ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318715-24/3-128, 318716-24/3-128, 318717-24/3-128, 320455-24/3-128 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОКАРДІС® 30 МГ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318709-24/3-128, 318710-24/3-128, 318711-24/3-128, 320456-24/3-128 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОКАРДІС® 7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 7,5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318709-24/3-128, 318710-24/3-128, 318711-24/3-128, 320456-24/3-128 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОКАРДІС® 7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 7,5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318709-24/3-128, 318710-24/3-128, 318711-24/3-128, 320456-24/3-128 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОКАРДІС® 7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 7,5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315883-24/B-97, 315884-24/B-97, 322146-24/B-97 від 23.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗО-МІК®, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг/мл, по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у касеті; по 2 касети у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315883-24/B-97, 315884-24/B-97, 322146-24/B-97 від 23.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗО-МІК®, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг/мл, по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у касеті; по 2 касети у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315883-24/B-97, 315884-24/B-97, 322146-24/B-97 від 23.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗО-МІК®, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг/мл, по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у касеті; по 2 касети у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322005-24/3-143, 322006-24/3-143 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІММУНАЛ®, таблетки по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322005-24/3-143, 322006-24/3-143 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІММУНАЛ®, таблетки по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322005-24/З-143, 322006-24/З-143 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІММУНАЛ®, таблетки по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312300-24/B-116, 324360-24/B-118 від 18.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНОЗИН ПРАНОБЕКС, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312300-24/B-116, 324360-24/B-118 від 18.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНОЗИН ПРАНОБЕКС, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **312300-24/В-116, 324360-24/В-118 від 18.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНОЗИН ПРАНОБЕКС, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316835-24/3-45 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФЕКЗОН - 1000, порошок для розчину для ін'єкцій, по 1000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316835-24/3-45 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФЕКЗОН - 1000, порошок для розчину для ін'єкцій, по 1000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316835-24/3-45 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФЕКЗОН - 1000, порошок для розчину для ін'єкцій, по 1000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254900-21/B-132, 254901-21/B-132, 276580-22/B-132, 296462-23/B-132, 296463-23/B-132, 297839-23/B-132, 297840-23/B-132, 305070-23/B-132, 305071-23/B-132, 305072-23/B-132, 315019-24/B-132 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРБЕТАН, таблетки по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254900-21/B-132, 254901-21/B-132, 276580-22/B-132, 296462-23/B-132, 296463-23/B-132, 297839-23/B-132, 297840-23/B-132, 305070-23/B-132, 305071-23/B-132, 305072-23/B-132, 315019-24/B-132 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРБЕТАН, таблетки по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254900-21/B-132, 254901-21/B-132, 276580-22/B-132, 296462-23/B-132, 296463-23/B-132, 297839-23/B-132, 297840-23/B-132, 305070-23/B-132, 305071-23/B-132, 305072-23/B-132, 315019-24/B-132 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРБЕТАН, таблетки по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254902-21/B-132, 254903-21/B-132, 276582-22/B-132, 296464-23/B-132, 296465-23/B-132, 297843-23/B-132, 297844-23/B-132, 305064-23/B-132, 305065-23/B-132, 305066-23/B-132, 315020-24/B-132 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРБЕТАН-Н, таблетки по 300 мг/12.5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254902-21/B-132, 254903-21/B-132, 276582-22/B-132, 296464-23/B-132, 296465-23/B-132, 297843-23/B-132, 297844-23/B-132, 305064-23/B-132, 305065-23/B-132, 305066-23/B-132, 315020-24/B-132 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРБЕТАН-Н, таблетки по 300 мг/12.5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254902-21/B-132, 254903-21/B-132, 276582-22/B-132, 296464-23/B-132, 296465-23/B-132, 297843-23/B-132, 297844-23/B-132, 305064-23/B-132, 305065-23/B-132, 305066-23/B-132, 315020-24/B-132 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРБЕТАН-Н, таблетки по 300 мг/12.5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254881-21/B-132, 254882-21/B-132, 276581-22/B-132, 296467-23/B-132, 296468-23/B-132, 297841-23/B-132, 297842-23/B-132, 305067-23/B-132, 305068-23/B-132, 305069-23/B-132, 315021-24/B-132 від 29.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРБЕТАН-Н, таблетки, 150 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254881-21/B-132, 254882-21/B-132, 276581-22/B-132, 296467-23/B-132, 296468-23/B-132, 297841-23/B-132, 297842-23/B-132, 305067-23/B-132, 305068-23/B-132, 305069-23/B-132, 315021-24/B-132 від 29.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРБЕТАН-Н, таблетки, 150 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254881-21/B-132, 254882-21/B-132, 276581-22/B-132, 296467-23/B-132, 296468-23/B-132, 297841-23/B-132, 297842-23/B-132, 305067-23/B-132, 305068-23/B-132, 305069-23/B-132, 315021-24/B-132 від 29.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРБЕТАН-Н, таблетки, 150 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310906-24/3-96, 310907-24/3-96, 310908-24/3-96, 310909-24/3-96, 310910-24/3-96, 310911-24/3-96, 310912-24/3-96, 310913-24/3-96, 310914-24/3-96, 310915-24/3-96, 310916-24/3-96, 310917-24/3-96, 310918-24/3-96, 310919-24/3-96, 310920-24/3-96, 310921-24/3-96, 310922-24/3-96, 310923-24/3-96, 310924-24/3-96, 310925-24/3-96, 310926-24/3-96, 310927-24/3-96, 310928-24/3-96, 310929-24/3-96, 310930-24/3-96, 310931-24/3-96, 310932-24/3-96, 310933-24/3-96, 310934-24/3-96 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг або по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310906-24/3-96, 310907-24/3-96, 310908-24/3-96, 310909-24/3-96, 310910-24/3-96, 310911-24/3-96, 310912-24/3-96, 310913-24/3-96, 310914-24/3-96, 310915-24/3-96, 310916-24/3-96, 310917-24/3-96, 310918-24/3-96, 310919-24/3-96, 310920-24/3-96, 310921-24/3-96, 310922-24/3-96, 310923-24/3-96, 310924-24/3-96, 310925-24/3-96, 310926-24/3-96, 310927-24/3-96, 310928-24/3-96, 310929-24/3-96, 310930-24/3-96, 310931-24/3-96, 310932-24/3-96, 310933-24/3-96, 310934-24/3-96 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг або по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310906-24/3-96, 310907-24/3-96, 310908-24/3-96, 310909-24/3-96, 310910-24/3-96, 310911-24/3-96, 310912-24/3-96, 310913-24/3-96, 310914-24/3-96, 310915-24/3-96, 310916-24/3-96, 310917-24/3-96, 310918-24/3-96, 310919-24/3-96, 310920-24/3-96, 310921-24/3-96, 310922-24/3-96, 310923-24/3-96, 310924-24/3-96, 310925-24/3-96, 310926-24/3-96, 310927-24/3-96, 310928-24/3-96, 310929-24/3-96, 310930-24/3-96, 310931-24/3-96, 310932-24/3-96, 310933-24/3-96, 310934-24/3-96 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг або по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310906-24/3-96, 310907-24/3-96, 310908-24/3-96, 310909-24/3-96, 310910-24/3-96, 310911-24/3-96, 310912-24/3-96, 310913-24/3-96, 310914-24/3-96, 310915-24/3-96, 310916-24/3-96, 310917-24/3-96, 310918-24/3-96, 310919-24/3-96, 310920-24/3-96, 310921-24/3-96, 310922-24/3-96, 310923-24/3-96, 310924-24/3-96, 310925-24/3-96, 310926-24/3-96, 310927-24/3-96, 310928-24/3-96, 310929-24/3-96, 310930-24/3-96, 310931-24/3-96, 310932-24/3-96, 310933-24/3-96, 310934-24/3-96 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг або по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310906-24/3-96, 310907-24/3-96, 310908-24/3-96, 310909-24/3-96, 310910-24/3-96, 310911-24/3-96, 310912-24/3-96, 310913-24/3-96, 310914-24/3-96, 310915-24/3-96, 310916-24/3-96, 310917-24/3-96, 310918-24/3-96, 310919-24/3-96, 310920-24/3-96, 310921-24/3-96, 310922-24/3-96, 310923-24/3-96, 310924-24/3-96, 310925-24/3-96, 310926-24/3-96, 310927-24/3-96, 310928-24/3-96, 310929-24/3-96, 310930-24/3-96, 310931-24/3-96, 310932-24/3-96, 310933-24/3-96, 310934-24/3-96 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг або по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310906-24/3-96, 310907-24/3-96, 310908-24/3-96, 310909-24/3-96, 310910-24/3-96, 310911-24/3-96, 310912-24/3-96, 310913-24/3-96, 310914-24/3-96, 310915-24/3-96, 310916-24/3-96, 310917-24/3-96, 310918-24/3-96, 310919-24/3-96, 310920-24/3-96, 310921-24/3-96, 310922-24/3-96, 310923-24/3-96, 310924-24/3-96, 310925-24/3-96, 310926-24/3-96, 310927-24/3-96, 310928-24/3-96, 310929-24/3-96, 310930-24/3-96, 310931-24/3-96, 310932-24/3-96, 310933-24/3-96, 310934-24/3-96 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг або по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310906-24/3-96, 310907-24/3-96, 310908-24/3-96, 310909-24/3-96, 310910-24/3-96, 310911-24/3-96, 310912-24/3-96, 310913-24/3-96, 310914-24/3-96, 310915-24/3-96, 310916-24/3-96, 310917-24/3-96, 310918-24/3-96, 310919-24/3-96, 310920-24/3-96, 310921-24/3-96, 310922-24/3-96, 310923-24/3-96, 310924-24/3-96, 310925-24/3-96, 310926-24/3-96, 310927-24/3-96, 310928-24/3-96, 310929-24/3-96, 310930-24/3-96, 310931-24/3-96, 310932-24/3-96, 310933-24/3-96, 310934-24/3-96 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг або по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310906-24/3-96, 310907-24/3-96, 310908-24/3-96, 310909-24/3-96, 310910-24/3-96, 310911-24/3-96, 310912-24/3-96, 310913-24/3-96, 310914-24/3-96, 310915-24/3-96, 310916-24/3-96, 310917-24/3-96, 310918-24/3-96, 310919-24/3-96, 310920-24/3-96, 310921-24/3-96, 310922-24/3-96, 310923-24/3-96, 310924-24/3-96, 310925-24/3-96, 310926-24/3-96, 310927-24/3-96, 310928-24/3-96, 310929-24/3-96, 310930-24/3-96, 310931-24/3-96, 310932-24/3-96, 310933-24/3-96, 310934-24/3-96 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг або по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310906-24/3-96, 310907-24/3-96, 310908-24/3-96, 310909-24/3-96, 310910-24/3-96, 310911-24/3-96, 310912-24/3-96, 310913-24/3-96, 310914-24/3-96, 310915-24/3-96, 310916-24/3-96, 310917-24/3-96, 310918-24/3-96, 310919-24/3-96, 310920-24/3-96, 310921-24/3-96, 310922-24/3-96, 310923-24/3-96, 310924-24/3-96, 310925-24/3-96, 310926-24/3-96, 310927-24/3-96, 310928-24/3-96, 310929-24/3-96, 310930-24/3-96, 310931-24/3-96, 310932-24/3-96, 310933-24/3-96, 310934-24/3-96 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг або по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320072-24/3-140 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 40 мг, по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320072-24/3-140 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 40 мг, по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320072-24/3-140 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 40 мг, по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320072-24/3-140 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 40 мг, по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320072-24/3-140 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 40 мг, по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320072-24/3-140 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 40 мг, по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320072-24/3-140 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 40 мг, по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320072-24/3-140 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 40 мг, по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320072-24/3-140 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 40 мг, по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321570-24/3-120 від 30.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІУМФОЛІНАТ "ЕБЕВЕ", розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 3 мл (30 мг), або 5 мл (50 мг), або 10 мл (100 мг), або по 20 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321570-24/3-120 від 30.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІУМФОЛІНАТ "ЕБЕВЕ", розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 3 мл (30 мг), або 5 мл (50 мг), або 10 мл (100 мг), або по 20 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321570-24/3-120 від 30.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІУМФОЛІНАТ "ЕБЕВЕ", розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 3 мл (30 мг), або 5 мл (50 мг), або 10 мл (100 мг), або по 20 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324088-24/B-120, 324089-24/B-120, 324090-24/B-120 від 21.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІЮ ГЛЮКОНАТ СТАБІЛІЗОВАНИЙ, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл;**<br>**по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у пачці з маркуванням українською та англійською мовами**<br>**по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з маркуванням українською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324088-24/В-120, 324089-24/В-120, 324090-24/В-120 від 21.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІЮ ГЛЮКОНАТ СТАБІЛІЗОВАНИЙ, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл;**<br>**по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у пачці з маркуванням українською та англійською мовами**<br>**по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з маркуванням українською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324088-24/В-120, 324089-24/В-120, 324090-24/В-120 від 21.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІЮ ГЛЮКОНАТ СТАБІЛІЗОВАНИЙ, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл;**<br>**по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у пачці з маркуванням українською та англійською мовами**<br>**по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з маркуванням українською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319947-24/3-06 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНТАБ, таблетки, по 8 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; таблетки по 16 мг або по 32 мг по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319947-24/3-06 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНТАБ, таблетки, по 8 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; таблетки по 16 мг або по 32 мг по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319947-24/3-06 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНТАБ, таблетки, по 8 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; таблетки по 16 мг або по 32 мг по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319947-24/3-06 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНТАБ, таблетки, по 8 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; таблетки по 16 мг або по 32 мг по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319947-24/3-06 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНТАБ, таблетки, по 8 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; таблетки по 16 мг або по 32 мг по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319947-24/3-06 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНТАБ, таблетки, по 8 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; таблетки по 16 мг або по 32 мг по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319947-24/3-06 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНТАБ, таблетки, по 8 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; таблетки по 16 мг або по 32 мг по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319947-24/3-06 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНТАБ, таблетки, по 8 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; таблетки по 16 мг або по 32 мг по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319947-24/3-06 від 31.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНТАБ, таблетки, по 8 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; таблетки по 16 мг або по 32 мг по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322455-24/3-144 від 23.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРБОПЛАТИН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 15 мл або по 45 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322455-24/3-144 від 23.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРБОПЛАТИН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 15 мл або по 45 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322455-24/3-144 від 23.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРБОПЛАТИН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 15 мл або по 45 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316000-24/В-97 від 27.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДЕКСА, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316000-24/В-97 від 27.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДЕКСА, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316000-24/B-97 від 27.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДЕКСА, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320742-24/3-116 від 13.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛАР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320742-24/3-116 від 13.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛАР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320742-24/3-116 від 13.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛАР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320742-24/3-116 від 13.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛАР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320742-24/3-116 від 13.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛАР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320742-24/3-116 від 13.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛАР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311302-24/В-146 від 01.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311302-24/В-146 від 01.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311302-24/В-146 від 01.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311302-24/В-146 від 01.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311302-24/В-146 від 01.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311302-24/В-146 від 01.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311302-24/В-146 від 01.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311302-24/В-146 від 01.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311302-24/В-146 від 01.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322912-24/В-120 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛЬ-ФАРМЕКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 75 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній пачці з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk № 1000: по 1000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах;<br>in bulk № 25000: по 25000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322912-24/B-120 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛЬ-ФАРМЕКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 75 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній пачці з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk № 1000: по 1000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах;<br>in bulk № 25000: по 25000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322912-24/В-120 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛЬ-ФАРМЕКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 75 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній пачці з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk № 1000: по 1000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах;<br>in bulk № 25000: по 25000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322912-24/В-120 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛЬ-ФАРМЕКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 75 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній пачці з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk № 1000: по 1000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах;<br>in bulk № 25000: по 25000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322912-24/B-120 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛЬ-ФАРМЕКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 75 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній пачці з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk № 1000: по 1000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах;<br>in bulk № 25000: по 25000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322912-24/В-120 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛЬ-ФАРМЕКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 75 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній пачці з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk № 1000: по 1000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах;<br>in bulk № 25000: по 25000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах в пластикових контейнерах** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320381-24/3-138 від 08.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОАКТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 500 мг/125 мг; по 5 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320381-24/3-138 від 08.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОАКТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 500 мг/125 мг; по 5 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320381-24/3-138 від 08.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОАКТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 500 мг/125 мг; по 5 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320411-24/3-148 від 08.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОАКТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 875 мг/125 мг; по 5 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320411-24/3-148 від 08.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОАКТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 875 мг/125 мг; по 5 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320411-24/3-148 від 08.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОАКТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 875 мг/125 мг; по 5 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323621-24/B-120, 323629-24/B-120, 323630-24/B-120 від 11.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОДЕПСИН, таблетки<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323621-24/В-120, 323629-24/В-120, 323630-24/В-120 від 11.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОДЕПСИН, таблетки<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323621-24/B-120, 323629-24/B-120, 323630-24/B-120 від 11.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОДЕПСИН, таблетки<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317009-24/З-143, 321367-24/З-143 від 12.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСТАНДІ, капсули по 40 мг по 28 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонному футлярі; по 4 картонних футляри у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317009-24/3-143, 321367-24/3-143 від 12.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСТАНДІ, капсули по 40 мг по 28 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонному футлярі; по 4 картонних футляри у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317009-24/3-143, 321367-24/3-143 від 12.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСТАНДІ, капсули по 40 мг по 28 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонному футлярі; по 4 картонних футляри у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311820-24/3-123, 322134-24/3-147 від 11.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КУЧИКУ® НАЗАЛЬ , краплі назальні, розчин 0,05 %; по 10 мл у флаконі з назальним аплікатором; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311820-24/3-123, 322134-24/3-147 від 11.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КУЧИКУ® НАЗАЛЬ , краплі назальні, розчин 0,05 %; по 10 мл у флаконі з назальним аплікатором; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311820-24/3-123, 322134-24/3-147 від 11.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КУЧИКУ® НАЗАЛЬ , краплі назальні, розчин 0,05 %; по 10 мл у флаконі з назальним аплікатором; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322635-24/В-149 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАЗОЛВАН® ЗІ СМАКОМ ЛІСОВИХ ЯГІД, сироп, 15 мг/5 мл; по 100 мл у скляному флаконі з пластиковим закупорювальним пристроєм із захистом від відкриття дітьми; по 1 флакону в комплекті з пластиковим мірним ковпачком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322635-24/В-149 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАЗОЛВАН® ЗІ СМАКОМ ЛІСОВИХ ЯГІД, сироп, 15 мг/5 мл; по 100 мл у скляному флаконі з пластиковим закупорювальним пристроєм із захистом від відкриття дітьми; по 1 флакону в комплекті з пластиковим мірним ковпачком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322635-24/В-149 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАЗОЛВАН® ЗІ СМАКОМ ЛІСОВИХ ЯГІД, сироп, 15 мг/5 мл; по 100 мл у скляному флаконі з пластиковим закупорювальним пристроєм із захистом від відкриття дітьми; по 1 флакону в комплекті з пластиковим мірним ковпачком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324028-24/3-96 від 18.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВЕТИРАЦЕТАМ, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Жейзян Хуахай Фармасьютікал Ко., Лтд., Китай** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324028-24/3-96 від 18.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВЕТИРАЦЕТАМ, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Жейзян Хуахай Фармасьютікал Ко., Лтд., Китай** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324028-24/3-96 від 18.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВЕТИРАЦЕТАМ, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Жейзян Хуахай Фармасьютікал Ко., Лтд., Китай** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318143-24/3-39 від 01.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 2, 3, 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318143-24/3-39 від 01.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 2, 3, 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318143-24/3-39 від 01.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 2, 3, 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323777-24/B-06 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, Розчин для інфузій, 500 мг/100 мл, По 100 мл у контейнері з полівінілхлориду, по 1 контейнеру в полімерній плівці в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Конарк Інтелмед", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323777-24/B-06 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, Розчин для інфузій, 500 мг/100 мл, По 100 мл у контейнері з полівінілхлориду, по 1 контейнеру в полімерній плівці в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Конарк Інтелмед", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323777-24/B-06 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, Розчин для інфузій, 500 мг/100 мл, По 100 мл у контейнері з полівінілхлориду, по 1 контейнеру в полімерній плівці в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Конарк Інтелмед", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311394-24/3-61, 311395-24/3-61, 317645-24/3-92 від 05.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРГЕСАН, таблетки по 0,75 мг по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці**<br>**таблетки по 1,5 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311394-24/3-61, 311395-24/3-61, 317645-24/3-92 від 05.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРГЕСАН, таблетки по 0,75 мг по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці**<br>**таблетки по 1,5 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311394-24/3-61, 311395-24/3-61, 317645-24/3-92 від 05.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРГЕСАН, таблетки по 0,75 мг по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці**<br>**таблетки по 1,5 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311394-24/3-61, 311395-24/3-61, 317645-24/3-92 від 05.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРГЕСАН, таблетки по 0,75 мг по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці**<br>**таблетки по 1,5 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311394-24/3-61, 311395-24/3-61, 317645-24/3-92 від 05.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРГЕСАН, таблетки по 0,75 мг по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці**<br>**таблетки по 1,5 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311394-24/3-61, 311395-24/3-61, 317645-24/3-92 від 05.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРГЕСАН, таблетки по 0,75 мг по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці**<br>**таблетки по 1,5 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291731-23/3-138 від 04.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРРЕКС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291731-23/3-138 від 04.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРРЕКС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291731-23/3-138 від 04.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРРЕКС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291731-23/3-138 від 04.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРРЕКС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291731-23/3-138 від 04.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРРЕКС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291731-23/3-138 від 04.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕРРЕКС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319739-24/З-139 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІГАТО®, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319739-24/3-139 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІГАТО®, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319739-24/3-139 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІГАТО®, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319739-24/З-139 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІГАТО®, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319739-24/3-139 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІГАТО®, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319739-24/3-139 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІГАТО®, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319739-24/З-139 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІГАТО®, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319739-24/3-139 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІГАТО®, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319739-24/3-139 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІГАТО®, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325816-24/В-146 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗОПРЕС 10, ЛІЗОПРЕС 20, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325816-24/В-146 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗОПРЕС 10, ЛІЗОПРЕС 20, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325816-24/B-146 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗОПРЕС 10, ЛІЗОПРЕС 20, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325816-24/В-146 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗОПРЕС 10, ЛІЗОПРЕС 20, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325816-24/В-146 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗОПРЕС 10, ЛІЗОПРЕС 20, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325816-24/B-146 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗОПРЕС 10, ЛІЗОПРЕС 20, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325675-24/3-147 від 08.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕКС ФОРТЕ® , капсули тверді; по 7 капсул у блістері; по 1 або 2, або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325675-24/3-147 від 08.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕКС ФОРТЕ® , капсули тверді; по 7 капсул у блістері; по 1 або 2, або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325675-24/3-147 від 08.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕКС ФОРТЕ® , капсули тверді; по 7 капсул у блістері; по 1 або 2, або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321049-24/3-147 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕССА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321049-24/3-147 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕССА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321049-24/3-147 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕССА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321049-24/3-147 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕССА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321049-24/3-147 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕССА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321049-24/3-147 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕССА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323280-24/3-120 від 07.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІПОБОН, таблетки по 10 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 9 блістерів в картонній пачці з маркуванням українською мовою;** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323280-24/З-120 від 07.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІПОБОН, таблетки по 10 мг<br>по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 9 блістерів в картонній пачці з маркуванням українською мовою;** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323280-24/З-120 від 07.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІПОБОН, таблетки по 10 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 9 блістерів в картонній пачці з маркуванням українською мовою;** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322614-24/3-45 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАЙХЕП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 28 таблеток у флаконі, по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Майлан Лабораторіз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322614-24/3-45 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАЙХЕП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 28 таблеток у флаконі, по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Майлан Лабораторіз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322614-24/3-45 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАЙХЕП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 28 таблеток у флаконі, по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Майлан Лабораторіз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322192-24/В-28 від 13.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛЬДОНІЮ ДИГІДРАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322192-24/B-28 від 13.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛЬДОНІЮ ДИГІДРАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322192-24/В-28 від 13.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛЬДОНІЮ ДИГІДРАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303738-23/В-124 від 25.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕНОВАЗИН, гель; по 40 г у тубі; по одній тубі в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303738-23/В-124 від 25.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕНОВАЗИН, гель; по 40 г у тубі; по одній тубі в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303738-23/В-124 від 25.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕНОВАЗИН, гель; по 40 г у тубі; по одній тубі в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314997-24/3-140 від 07.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕНОПУР, порошок ліофілізований для приготування розчину для ін'єкцій по 75 МО ФСГ та 75 МО ЛГ; по 10 флаконів з порошком і по 10 ампул із розчинником (0,9 % розчин натрію хлориду, кислота хлористоводнева розведена, вода для ін'єкцій) по 1 мл в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Феррінг ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314997-24/3-140 від 07.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕНОПУР, порошок ліофілізований для приготування розчину для ін'єкцій по 75 МО ФСГ та 75 МО ЛГ; по 10 флаконів з порошком і по 10 ампул із розчинником (0,9 % розчин натрію хлориду, кислота хлористоводнева розведена, вода для ін'єкцій) по 1 мл в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Феррінг ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314997-24/3-140 від 07.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕНОПУР, порошок ліофілізований для приготування розчину для ін'єкцій по 75 МО ФСГ та 75 МО ЛГ; по 10 флаконів з порошком і по 10 ампул із розчинником (0,9 % розчин натрію хлориду, кислота хлористоводнева розведена, вода для ін'єкцій) по 1 мл в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Феррінг ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314576-24/3-137, 318133-24/3-137 від 30.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314576-24/3-137, 318133-24/3-137 від 30.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314576-24/3-137, 318133-24/3-137 від 30.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314576-24/3-137, 318133-24/3-137 від 30.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314576-24/3-137, 318133-24/3-137 від 30.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314576-24/3-137, 318133-24/3-137 від 30.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322581-24/3-132, 322582-24/3-132 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322581-24/3-132, 322582-24/3-132 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322581-24/3-132, 322582-24/3-132 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314576-24/3-137, 318133-24/3-137 від 30.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314576-24/3-137, 318133-24/3-137 від 30.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314576-24/3-137, 318133-24/3-137 від 30.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322581-24/3-132, 322582-24/3-132 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322581-24/3-132, 322582-24/3-132 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322581-24/3-132, 322582-24/3-132 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322581-24/3-132, 322582-24/3-132 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322581-24/3-132, 322582-24/3-132 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322581-24/3-132, 322582-24/3-132 від 24.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг, по 1000 мг**<br>**для дозування по 500 мг, по 850 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; для дозування по 1000 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322847-24/3-144 від 30.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИРОМ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, 500 мг; по 500 мг у флаконі з порошком, по 7,8 мл розчинника в ампулі; по 1 флакону та 1 ампулі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322847-24/3-144 від 30.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИРОМ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, 500 мг; по 500 мг у флаконі з порошком, по 7,8 мл розчинника в ампулі; по 1 флакону та 1 ампулі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322847-24/3-144 від 30.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИРОМ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, 500 мг; по 500 мг у флаконі з порошком, по 7,8 мл розчинника в ампулі; по 1 флакону та 1 ампулі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313218-24/3-137 від 04.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТОТРЕКСАТ "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл<br>по 5 мл (500 мг), або по 10 мл (1000 мг), або по 50 мл (5000 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313218-24/3-137 від 04.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТОТРЕКСАТ "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл<br>по 5 мл (500 мг), або по 10 мл (1000 мг), або по 50 мл (5000 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313218-24/3-137 від 04.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТОТРЕКСАТ "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл<br>по 5 мл (500 мг), або по 10 мл (1000 мг), або по 50 мл (5000 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323316-24/3-120 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці,**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці, по 12 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323316-24/3-120 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці,**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці, по 12 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323316-24/3-120 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці,**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці, по 12 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323316-24/3-120 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці,**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці, по 12 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323316-24/3-120 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці,**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці, по 12 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323316-24/3-120 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці,**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 12 блістерів у картонній коробці, по 12 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319687-24/3-139 від 26.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або 6 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319687-24/3-139 від 26.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або 6 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319687-24/3-139 від 26.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або 6 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322645-24/3-45 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІКАЛІОФ РОМФАРМ, ліофілізат для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 50 мг або по 100 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322645-24/3-45 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІКАЛІОФ РОМФАРМ, ліофілізат для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 50 мг або по 100 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322645-24/3-45 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІКАЛІОФ РОМФАРМ, ліофілізат для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 50 мг або по 100 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322645-24/3-45 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІКАЛІОФ РОМФАРМ, ліофілізат для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 50 мг або по 100 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322645-24/3-45 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІКАЛІОФ РОМФАРМ, ліофілізат для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 50 мг або по 100 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322645-24/3-45 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІКАЛІОФ РОМФАРМ, ліофілізат для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 50 мг або по 100 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318539-24/3-148 від 10.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІЛАНДА, таблетки вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/0,03 мг; по 21 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318539-24/3-148 від 10.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІЛАНДА, таблетки вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/0,03 мг; по 21 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318539-24/3-148 від 10.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІЛАНДА, таблетки вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/0,03 мг; по 21 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317342-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНІРИН МЕЛТ, ліофілізат оральний по 60 мкг, по 120 мкг, по 240 мкг; по 10 ліофілізатів у блістері; по 1, або по 3 або по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317342-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНІРИН МЕЛТ, ліофілізат оральний по 60 мкг, по 120 мкг, по 240 мкг; по 10 ліофілізатів у блістері; по 1, або по 3 або по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317342-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНІРИН МЕЛТ, ліофілізат оральний по 60 мкг, по 120 мкг, по 240 мкг; по 10 ліофілізатів у блістері; по 1, або по 3 або по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317342-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНІРИН МЕЛТ, ліофілізат оральний по 60 мкг, по 120 мкг, по 240 мкг; по 10 ліофілізатів у блістері; по 1, або по 3 або по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317342-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНІРИН МЕЛТ, ліофілізат оральний по 60 мкг, по 120 мкг, по 240 мкг; по 10 ліофілізатів у блістері; по 1, або по 3 або по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317342-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНІРИН МЕЛТ, ліофілізат оральний по 60 мкг, по 120 мкг, по 240 мкг; по 10 ліофілізатів у блістері; по 1, або по 3 або по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317342-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНІРИН МЕЛТ, ліофілізат оральний по 60 мкг, по 120 мкг, по 240 мкг; по 10 ліофілізатів у блістері; по 1, або по 3 або по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317342-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНІРИН МЕЛТ, ліофілізат оральний по 60 мкг, по 120 мкг, по 240 мкг; по 10 ліофілізатів у блістері; по 1, або по 3 або по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317342-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНІРИН МЕЛТ, ліофілізат оральний по 60 мкг, по 120 мкг, по 240 мкг; по 10 ліофілізатів у блістері; по 1, або по 3 або по 10 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316776-24/3-144 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІФЕТОН, таблетки по 200 мг, по 1 таблетці або 3 таблетки у блістері, по 10 блістерів (1х10) або по 1 блістеру (3х1) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316776-24/3-144 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІФЕТОН, таблетки по 200 мг, по 1 таблетці або 3 таблетки у блістері, по 10 блістерів (1х10) або по 1 блістеру (3х1) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316776-24/3-144 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІФЕТОН, таблетки по 200 мг, по 1 таблетці або 3 таблетки у блістері, по 10 блістерів (1х10) або по 1 блістеру (3х1) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314248-24/B-116 від 23.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИМАК, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл по 250 мл у контейнері з поліпропілену; по 1 контейнеру в картонній упаковці; по 250 мл у контейнері з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в полімерній плівці в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314248-24/B-116 від 23.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИМАК, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл по 250 мл у контейнері з поліпропілену; по 1 контейнеру в картонній упаковці; по 250 мл у контейнері з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в полімерній плівці в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314248-24/B-116 від 23.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИМАК, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл по 250 мл у контейнері з поліпропілену; по 1 контейнеру в картонній упаковці; по 250 мл у контейнері з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в полімерній плівці в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321059-24/3-146 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; № 5: по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321059-24/3-146 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; № 5: по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321059-24/3-146 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; № 5: по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321059-24/3-146 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; № 5: по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321059-24/3-146 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; № 5: по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321059-24/3-146 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; № 5: по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk № 1000 (5х200): по 5 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; in bulk № 1000: по 1000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310880-24/B-97, 310881-24/B-97, 310882-24/B-97, 310883-24/B-97, 310884-24/B-97 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОМЕДЕРМ®, крем, 1 мг/г, по 15 г або по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310880-24/B-97, 310881-24/B-97, 310882-24/B-97, 310883-24/B-97, 310884-24/B-97 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОМЕДЕРМ®, крем, 1 мг/г, по 15 г або по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310880-24/B-97, 310881-24/B-97, 310882-24/B-97, 310883-24/B-97, 310884-24/B-97 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОМЕДЕРМ®, крем, 1 мг/г, по 15 г або по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325004-24/3-61 від 01.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОФЛАКСА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 400 мг; по 5 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; по 7 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325004-24/3-61 від 01.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОФЛАКСА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 400 мг; по 5 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; по 7 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325004-24/3-61 від 01.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОФЛАКСА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 400 мг; по 5 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; по 7 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311819-24/3-100 від 11.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МУЛЬТИГРИП НАЗАЛЬ ФІТО, спрей назальний, розчин 0,1 %; по 10 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311819-24/3-100 від 11.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МУЛЬТИГРИП НАЗАЛЬ ФІТО, спрей назальний, розчин 0,1 %; по 10 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311819-24/3-100 від 11.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МУЛЬТИГРИП НАЗАЛЬ ФІТО, спрей назальний, розчин 0,1 %; по 10 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318510-24/3-138 від 10.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАВЕЛА 1.5, таблетки по 1,5 мг; по 1 таблетці у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318510-24/3-138 від 10.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАВЕЛА 1.5, таблетки по 1,5 мг; по 1 таблетці у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318510-24/3-138 від 10.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАВЕЛА 1.5, таблетки по 1,5 мг; по 1 таблетці у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325849-24/В-120 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАШАТИРНО-АНІСОВІ КРАПЛІ, краплі оральні, розчин, по 25 мл у флаконах або у флаконах-крапельницях; по 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону; по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325849-24/В-120 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАШАТИРНО-АНІСОВІ КРАПЛІ, краплі оральні, розчин, по 25 мл у флаконах або у флаконах-крапельницях; по 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону; по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325849-24/В-120 від 12.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАШАТИРНО-АНІСОВІ КРАПЛІ, краплі оральні, розчин, по 25 мл у флаконах або у флаконах-крапельницях; по 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону; по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324882-24/3-143 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКОРЕТТЕ® ЗИМОВА М'ЯТА, гумка жувальна лікувальна по 2 мг або по 4 мг; по 15 гумок жувальних у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МакНіл АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324882-24/3-143 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКОРЕТТЕ® ЗИМОВА М'ЯТА, гумка жувальна лікувальна по 2 мг або по 4 мг; по 15 гумок жувальних у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МакНіл АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324882-24/3-143 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКОРЕТТЕ® ЗИМОВА М'ЯТА, гумка жувальна лікувальна по 2 мг або по 4 мг; по 15 гумок жувальних у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МакНіл АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324882-24/3-143 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКОРЕТТЕ® ЗИМОВА М'ЯТА, гумка жувальна лікувальна по 2 мг або по 4 мг; по 15 гумок жувальних у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МакНіл АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324882-24/3-143 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКОРЕТТЕ® ЗИМОВА М'ЯТА, гумка жувальна лікувальна по 2 мг або по 4 мг; по 15 гумок жувальних у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МакНіл АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324882-24/3-143 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКОРЕТТЕ® ЗИМОВА М'ЯТА, гумка жувальна лікувальна по 2 мг або по 4 мг; по 15 гумок жувальних у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МакНіл АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317461-24/B-28, 317462-24/B-28, 321504-24/B-45 від 19.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІМЕДАР, гранули для оральної суспензії, 100 мг/2 г по 2 г гранул в саше; по 30 саше у коробці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317461-24/B-28, 317462-24/B-28, 321504-24/B-45 від 19.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІМЕДАР, гранули для оральної суспензії, 100 мг/2 г по 2 г гранул в саше; по 30 саше у коробці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317461-24/B-28, 317462-24/B-28, 321504-24/B-45 від 19.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІМЕДАР, гранули для оральної суспензії, 100 мг/2 г по 2 г гранул в саше; по 30 саше у коробці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325438-24/3-120 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІСТАТИН, порошок (субстанція); у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "ИМКоФарма", Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325438-24/3-120 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІСТАТИН, порошок (субстанція); у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "ИМКоФарма", Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325438-24/3-120 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІСТАТИН, порошок (субстанція); у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "ИМКоФарма", Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318929-24/B-61, 318930-24/B-61, 318931-24/B-61, 318932-24/B-61, 318933-24/B-61 від 16.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІФЕДИПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 5 контурних чарункових упаковок в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318929-24/В-61, 318930-24/В-61, 318931-24/В-61, 318932-24/В-61, 318933-24/В-61 від 16.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІФЕДИПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 5 контурних чарункових упаковок в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318929-24/B-61, 318930-24/B-61, 318931-24/B-61, 318932-24/B-61, 318933-24/B-61 від 16.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІФЕДИПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 5 контурних чарункових упаковок в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319750-24/В-121 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОПАІН-Н , розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 1 мл в ампулі поліетиленовій з маркуванням українською мовою; по 10 ампул у пачці з картону з маркуванням українською та англійською мовами; по 2 мл в ампулі поліетиленовій з маркуванням українською мовою; по 5 або 10 ампул у пачці з картону з маркуванням українською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319750-24/В-121 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОПАІН-Н , розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 1 мл в ампулі поліетиленовій з маркуванням українською мовою; по 10 ампул у пачці з картону з маркуванням українською та англійською мовами; по 2 мл в ампулі поліетиленовій з маркуванням українською мовою; по 5 або 10 ампул у пачці з картону з маркуванням українською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319750-24/В-121 від 29.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОПАІН-Н , розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 1 мл в ампулі поліетиленовій з маркуванням українською мовою; по 10 ампул у пачці з картону з маркуванням українською та англійською мовами; по 2 мл в ампулі поліетиленовій з маркуванням українською мовою; по 5 або 10 ампул у пачці з картону з маркуванням українською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321545-24/В-147 від 29.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКОФЕРОН®, краплі очні, порошок по 1 000 000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл у блістері; по 1 блістеру разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою або гофрованою вкладкою; по 1 комплекту препарату та розчинника разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321545-24/В-147 від 29.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКОФЕРОН®, краплі очні, порошок по 1 000 000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл у блістері; по 1 блістеру разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою або гофрованою вкладкою; по 1 комплекту препарату та розчинника разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321545-24/В-147 від 29.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКОФЕРОН®, краплі очні, порошок по 1 000 000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл у блістері; по 1 блістеру разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою або гофрованою вкладкою; по 1 комплекту препарату та розчинника разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323172-24/3-148 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСАЛАК, концентрат для розчину для інфузій по 5 мг/мл; по 10 мл, 20 мл, 40 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323172-24/3-148 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСАЛАК, концентрат для розчину для інфузій по 5 мг/мл; по 10 мл, 20 мл, 40 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323172-24/3-148 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСАЛАК, концентрат для розчину для інфузій по 5 мг/мл; по 10 мл, 20 мл, 40 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321561-24/3-144 від 30.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКТАПЛАС ЛГ, розчин для інфузій, 45 - 70 мг/мл; по 200 мл в стерильному, пластифікованому контейнері для крові з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в пакеті з прозорої поліамід/поліетиленової плівки; по 1 пакету в картонній коробці з маркуванням українською мовою. Октаплас ЛГ упаковується в окремі контейнери за такими групами крові: Група крові А (II), Група крові В (III), Група крові АВ (IV), Група крові О (I)** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321561-24/3-144 від 30.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКТАПЛАС ЛГ, розчин для інфузій, 45 - 70 мг/мл; по 200 мл в стерильному, пластифікованому контейнері для крові з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в пакеті з прозорої поліамід/поліетиленової плівки; по 1 пакету в картонній коробці з маркуванням українською мовою. Октаплас ЛГ упаковується в окремі контейнери за такими групами крові: Група крові А (II), Група крові В (III), Група крові АВ (IV), Група крові О (I)** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321561-24/3-144 від 30.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКТАПЛАС ЛГ, розчин для інфузій, 45 - 70 мг/мл; по 200 мл в стерильному, пластифікованому контейнері для крові з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в пакеті з прозорої поліамід/поліетиленової плівки; по 1 пакету в картонній коробці з маркуванням українською мовою. Октаплас ЛГ упаковується в окремі контейнери за такими групами крові: Група крові А (II), Група крові В (III), Група крові АВ (IV), Група крові О (I)** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316878-24/3-139 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНТАЗЕН - 1000, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316878-24/3-139 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНТАЗЕН - 1000, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316878-24/3-139 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНТАЗЕН - 1000, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316837-24/3-138 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНТАЗЕН-2000, порошок для розчину для ін`єкцій по 2000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316837-24/3-138 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНТАЗЕН-2000, порошок для розчину для ін`єкцій по 2000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316837-24/3-138 від 10.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНТАЗЕН-2000, порошок для розчину для ін`єкцій по 2000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320387-24/3-60 від 08.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАМОРФ, розчин оральний, 2 мг/мл по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з адаптером, кришкою з захистом від відкриття дітьми та мірною піпеткою у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Л. Молтені і К. деі Фрателлі Алітті Сосіета ді Езерчиціо С.п.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320387-24/3-60 від 08.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАМОРФ, розчин оральний, 2 мг/мл по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з адаптером, кришкою з захистом від відкриття дітьми та мірною піпеткою у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Л. Молтені і К. деі Фрателлі Алітті Сосіета ді Езерчиціо С.п.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320387-24/3-60 від 08.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАМОРФ, розчин оральний, 2 мг/мл по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з адаптером, кришкою з захистом від відкриття дітьми та мірною піпеткою у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Л. Молтені і К. деі Фрателлі Алітті Сосіета ді Езерчиціо С.п.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318740-24/3-124 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТРИВІН ЕКСТРА, спрей назальний, дозований; по 10 мл у флаконі з дозуючим пристроєм; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318740-24/3-124 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТРИВІН ЕКСТРА, спрей назальний, дозований; по 10 мл у флаконі з дозуючим пристроєм; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318740-24/3-124 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТРИВІН ЕКСТРА, спрей назальний, дозований; по 10 мл у флаконі з дозуючим пристроєм; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318741-24/3-124 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТРИВІН З МЕНТОЛОМ ТА ЕВКАЛІПТОМ, спрей назальний, дозований 0,1 %; по 10 мл у полімерному флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318741-24/3-124 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТРИВІН З МЕНТОЛОМ ТА ЕВКАЛІПТОМ, спрей назальний, дозований 0,1 %; по 10 мл у полімерному флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318741-24/3-124 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТРИВІН З МЕНТОЛОМ ТА ЕВКАЛІПТОМ, спрей назальний, дозований 0,1 %; по 10 мл у полімерному флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325457-24/B-61 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОФЛОКСАЦИН, порошок (субстанція) для фармацевтичного застосування в поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325457-24/В-61 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОФЛОКСАЦИН, порошок (субстанція) для фармацевтичного застосування в поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325457-24/В-61 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОФЛОКСАЦИН, порошок (субстанція) для фармацевтичного застосування в поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322064-24/3-120 від 11.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАКСИЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322064-24/3-120 від 11.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАКСИЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322064-24/3-120 від 11.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАКСИЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323383-24/В-145 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАЦЕТАМОЛ, кристалічний порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323383-24/В-145 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАЦЕТАМОЛ, кристалічний порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323383-24/В-145 від 08.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАЦЕТАМОЛ, кристалічний порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321397-24/3-138 від 28.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРІКАЛЬЦІТОЛ-ВІСТА , розчин для ін'єкцій 5 мкг/мл, по 1 мл або по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321397-24/3-138 від 28.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРІКАЛЬЦІТОЛ-ВІСТА , розчин для ін'єкцій 5 мкг/мл, по 1 мл або по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321397-24/3-138 від 28.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРІКАЛЬЦІТОЛ-ВІСТА , розчин для ін'єкцій 5 мкг/мл, по 1 мл або по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321611-24/3-144 від 02.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРЛІН, таблетки по 1 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕТІ, Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321611-24/3-144 від 02.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРЛІН, таблетки по 1 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕТІ, Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321611-24/3-144 від 02.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРЛІН, таблетки по 1 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕТІ, Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320463-24/B-28, 320464-24/B-28, 320465-24/B-28, 320466-24/B-28, 320467-24/B-28, 320468-24/B-28, 320469-24/B-28, 320470-24/B-28 від 09.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕКТОЛВАН® Ц, сироп по 100 мл у флаконі скляному брунатного кольору; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною/дозуючою у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320463-24/B-28, 320464-24/B-28, 320465-24/B-28, 320466-24/B-28, 320467-24/B-28, 320468-24/B-28, 320469-24/B-28, 320470-24/B-28 від 09.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕКТОЛВАН® Ц, сироп по 100 мл у флаконі скляному брунатного кольору; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною/дозуючою у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320463-24/B-28, 320464-24/B-28, 320465-24/B-28, 320466-24/B-28, 320467-24/B-28, 320468-24/B-28, 320469-24/B-28, 320470-24/B-28 від 09.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕКТОЛВАН® Ц, сироп по 100 мл у флаконі скляному брунатного кольору; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною/дозуючою у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317428-24/3-144 від 19.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, суспензія ректальна по 1 г/100 мл; по 100 мл суспензії у флаконі з наконечником і внутрішнім клапаном; по 1 флакону у пакеті з алюмінієвої фольги; по 5 або 7 флаконів та 5 або 7 поліетиленових пакетів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317428-24/3-144 від 19.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, суспензія ректальна по 1 г/100 мл; по 100 мл суспензії у флаконі з наконечником і внутрішнім клапаном; по 1 флакону у пакеті з алюмінієвої фольги; по 5 або 7 флаконів та 5 або 7 поліетиленових пакетів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317428-24/3-144 від 19.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, суспензія ректальна по 1 г/100 мл; по 100 мл суспензії у флаконі з наконечником і внутрішнім клапаном; по 1 флакону у пакеті з алюмінієвої фольги; по 5 або 7 флаконів та 5 або 7 поліетиленових пакетів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317343-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г; по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; гранули пролонгованої дії по 2 г; по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317343-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г; по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; гранули пролонгованої дії по 2 г; по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317343-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г; по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; гранули пролонгованої дії по 2 г; по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317343-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г; по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; гранули пролонгованої дії по 2 г; по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317343-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г; по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; гранули пролонгованої дії по 2 г; по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317343-24/3-147 від 18.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г; по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; гранули пролонгованої дії по 2 г; по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318244-24/B-28 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРМЕТРИН, розчин нашкірний 0,5 % по 50 г у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318244-24/В-28 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРМЕТРИН, розчин нашкірний 0,5 % по 50 г у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318244-24/В-28 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРМЕТРИН, розчин нашкірний 0,5 % по 50 г у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316016-24/В-61 від 28.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл та 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316016-24/В-61 від 28.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл та 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316016-24/В-61 від 28.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл та 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316016-24/В-61 від 28.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл та 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316016-24/В-61 від 28.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл та 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316016-24/В-61 від 28.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл та 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318223-24/В-137 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАМІПЕКСОЛ ІС, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318223-24/В-137 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАМІПЕКСОЛ ІС, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318223-24/В-137 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАМІПЕКСОЛ ІС, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318223-24/В-137 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАМІПЕКСОЛ ІС, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318223-24/В-137 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАМІПЕКСОЛ ІС, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318223-24/В-137 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРАМІПЕКСОЛ ІС, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322658-24/В-97, 322659-24/В-97, 322660-24/В-97 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322658-24/B-97, 322659-24/B-97, 322660-24/B-97 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322658-24/B-97, 322659-24/B-97, 322660-24/B-97 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317114-24/B-96, 317115-24/B-96, 317116-24/B-96 від 14.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН-ТЕВА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, по 14 капсул у блістері; по 1, 2, або 4 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317114-24/B-96, 317115-24/B-96, 317116-24/B-96 від 14.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН-ТЕВА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, по 14 капсул у блістері; по 1, 2, або 4 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317114-24/B-96, 317115-24/B-96, 317116-24/B-96 від 14.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН-ТЕВА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, по 14 капсул у блістері; по 1, 2, або 4 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317114-24/B-96, 317115-24/B-96, 317116-24/B-96 від 14.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН-ТЕВА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, по 14 капсул у блістері; по 1, 2, або 4 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317114-24/B-96, 317115-24/B-96, 317116-24/B-96 від 14.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН-ТЕВА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, по 14 капсул у блістері; по 1, 2, або 4 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317114-24/B-96, 317115-24/B-96, 317116-24/B-96 від 14.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН-ТЕВА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, по 14 капсул у блістері; по 1, 2, або 4 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322406-24/B-97 від 19.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕДНІТОП®, крем, 0,25 %, по 10 г, або 30 г, або 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322406-24/В-97 від 19.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕДНІТОП®, крем, 0,25 %, по 10 г, або 30 г, або 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322406-24/В-97 від 19.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕДНІТОП®, крем, 0,25 %, по 10 г, або 30 г, або 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322408-24/B-97 від 19.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕДНІТОП®, жирна мазь, 0,25%, по 10 г, або 30 г, або 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322408-24/B-97 від 19.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕДНІТОП®, жирна мазь, 0,25%, по 10 г, або 30 г, або 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322408-24/B-97 від 19.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕДНІТОП®, жирна мазь, 0,25%, по 10 г, або 30 г, або 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322407-24/B-97 від 19.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕДНІТОП®, мазь 0,25 %, по 10 г, або 30 г, або 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322407-24/B-97 від 19.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕДНІТОП®, мазь 0,25 %, по 10 г, або 30 г, або 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322407-24/В-97 від 19.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕДНІТОП®, мазь 0,25 %, по 10 г, або 30 г, або 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322429-24/3-149 від 20.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРИМОВІСТ, розчин для ін'єкцій 0,25 ммоль/мл; по 10 мл у скляному шприці, по 1 шприцу в прозорій пластиковій коробці, закритій папером, по 1 пластиковій коробці вкладеній у картонну коробку; по 10 мл у пластиковому шприці, по 1 шприцу в прозорій пластиковій коробці, закритій папером, по 1 пластиковій коробці вкладеній у картонну коробку** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322429-24/3-149 від 20.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРИМОВІСТ, розчин для ін'єкцій 0,25 ммоль/мл; по 10 мл у скляному шприці, по 1 шприцу в прозорій пластиковій коробці, закритій папером, по 1 пластиковій коробці вкладеній у картонну коробку; по 10 мл у пластиковому шприці, по 1 шприцу в прозорій пластиковій коробці, закритій папером, по 1 пластиковій коробці вкладеній у картонну коробку** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322429-24/3-149 від 20.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРИМОВІСТ, розчин для ін'єкцій 0,25 ммоль/мл; по 10 мл у скляному шприці, по 1 шприцу в прозорій пластиковій коробці, закритій папером, по 1 пластиковій коробці вкладеній у картонну коробку; по 10 мл у пластиковому шприці, по 1 шприцу в прозорій пластиковій коробці, закритій папером, по 1 пластиковій коробці вкладеній у картонну коробку** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306119-23/З-82, 317416-24/З-82 від 01.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОЛІА®, розчин для ін'єкцій, 60 мг/мл**<br>**по 1 мл розчину в скляному попередньо наповненому шприці з голкою, закритою ковпачком, із захисним пристроєм від випадкового уколу голкою; по 1 попередньо заповненому шприцу з захисним пристроєм в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;**<br>**по 1 мл розчину в скляному попередньо заповненому шприці з голкою, закритою ковпачком; по 1 попередньо заповненому шприцу в блістері або без блістера, поміщеному в картонну коробку** |
| **Заявник** | **Амджен Європа Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306119-23/3-82, 317416-24/3-82 від 01.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОЛІА®, розчин для ін'єкцій, 60 мг/мл<br>по 1 мл розчину в скляному попередньо наповненому шприці з голкою, закритою ковпачком, із захисним пристроєм від випадкового уколу голкою; по 1 попередньо заповненому шприцу з захисним пристроєм в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;<br>по 1 мл розчину в скляному попередньо заповненому шприці з голкою, закритою ковпачком; по 1 попередньо заповненому шприцу в блістері або без блістера, поміщеному в картонну коробку** |
| **Заявник** | **Амджен Європа Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306119-23/3-82, 317416-24/3-82 від 01.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОЛІА®, розчин для ін'єкцій, 60 мг/мл<br>по 1 мл розчину в скляному попередньо наповненому шприці з голкою, закритою ковпачком, із захисним пристроєм від випадкового уколу голкою; по 1 попередньо заповненому шприцу з захисним пристроєм в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;<br>по 1 мл розчину в скляному попередньо заповненому шприці з голкою, закритою ковпачком; по 1 попередньо заповненому шприцу в блістері або без блістера, поміщеному в картонну коробку** |
| **Заявник** | **Амджен Європа Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322117-24/3-126, 322118-24/3-126 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОФОЛ КАБІ, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі, по 5 ампул у пачці з картону; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці;**<br>**емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322117-24/3-126, 322118-24/3-126 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОФОЛ КАБІ, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі, по 5 ампул у пачці з картону; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці;**<br>**емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322117-24/3-126, 322118-24/3-126 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОФОЛ КАБІ, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі, по 5 ампул у пачці з картону; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці;**<br>**емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322117-24/3-126, 322118-24/3-126 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОФОЛ КАБІ, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі, по 5 ампул у пачці з картону; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці;**<br>**емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322117-24/3-126, 322118-24/3-126 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОФОЛ КАБІ, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі, по 5 ампул у пачці з картону; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці;**<br>**емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322117-24/3-126, 322118-24/3-126 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОФОЛ КАБІ, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі, по 5 ампул у пачці з картону; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці;**<br>**емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці із картону; по 50 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314190-24/B-06 від 22.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОФОЛ-НОВОФАРМ, емульсія для інфузій, 10 мг/мл по 20 мл у флаконі; по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314190-24/В-06 від 22.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОФОЛ-НОВОФАРМ, емульсія для інфузій, 10 мг/мл по 20 мл у флаконі; по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314190-24/В-06 від 22.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОФОЛ-НОВОФАРМ, емульсія для інфузій, 10 мг/мл по 20 мл у флаконі; по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318911-24/3-60, 325926-24/3-60 від 16.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОСПАН® ФОРТЕ ТАБЛЕТКИ ШИПУЧІ ВІД КАШЛЮ, таблетки шипучі по 65 мг**<br>**по 1 таблетці у саше; по 2 саше сполучені в перфорований стрип; по 5 або 10 стрипів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Енгельгард Арцнаймittель ГмбХ & Ко.КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318911-24/3-60, 325926-24/3-60 від 16.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОСПАН® ФОРТЕ ТАБЛЕТКИ ШИПУЧІ ВІД КАШЛЮ, таблетки шипучі по 65 мг**<br>**по 1 таблетці у саше; по 2 саше сполучені в перфорований стрип; по 5 або 10 стрипів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Енгельгард Арцнаймittель ГмбХ & Ко.КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318911-24/3-60, 325926-24/3-60 від 16.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОСПАН® ФОРТЕ ТАБЛЕТКИ ШИПУЧІ ВІД КАШЛЮ, таблетки шипучі по 65 мг**<br>**по 1 таблетці у саше; по 2 саше сполучені в перфорований стрип; по 5 або 10 стрипів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Енгельгард Арцнаймиттель ГмбХ & Ко.КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323496-24/З-124, 323497-24/З-124, 323498-24/З-124, 323499-24/З-124 від 09.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМОБРІЗ®, порошок для оральної суспензії; по 2 г порошку в саше; по 10 або 20 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323496-24/З-124, 323497-24/З-124, 323498-24/З-124, 323499-24/З-124 від 09.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМОБРІЗ®, порошок для оральної суспензії; по 2 г порошку в саше; по 10 або 20 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323496-24/З-124, 323497-24/З-124, 323498-24/З-124, 323499-24/З-124 від 09.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМОБРІЗ®, порошок для оральної суспензії; по 2 г порошку в саше; по 10 або 20 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317735-24/3-39 від 24.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬЦЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 40 мг, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці, по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317735-24/3-39 від 24.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬЦЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 40 мг, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці, по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317735-24/3-39 від 24.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬЦЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 40 мг, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці, по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325410-24/В-120 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАНОСТОП®, мазь 10 %**<br>**по 20 г або по 40 г, або по 100 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325410-24/В-120 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАНОСТОП®, мазь 10 %<br>по 20 г або по 40 г, або по 100 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325410-24/В-120 від 06.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАНОСТОП®, мазь 10 %<br>по 20 г або по 40 г, або по 100 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321147-24/3-100 від 22.08.2024** |
| **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** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321147-24/3-100 від 22.08.2024** |
| **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** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321147-24/3-100 від 22.08.2024** |
| **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** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313473-24/3-97 від 08.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАПІТУС, сироп, 30 мг/5 мл, по 120 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним ковпачком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313473-24/3-97 від 08.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАПІТУС, сироп, 30 мг/5 мл, по 120 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним ковпачком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313473-24/3-97 від 08.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАПІТУС, сироп, 30 мг/5 мл, по 120 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним ковпачком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320963-24/3-100 від 19.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320963-24/3-100 від 19.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320963-24/3-100 від 19.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320963-24/3-100 від 19.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320963-24/3-100 від 19.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320963-24/3-100 від 19.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322011-24/3-146 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕКОРМОН®, розчин для ін'єкцій по 2000 МО/0,3 мл;<br>по 3 попередньо наповнених шприци по 2000 МО/0,3 мл разом з 3 голками для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку) в контурній чарунковій упаковці, що складається з 3 окремих пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 2 контурні чарункові упаковки (6 попередньо наповнених шприців та 6 голок) у картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 30 000 МО/0,6 мл;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 4 пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (4 попередньо наповнених шприци та 4 голки) у картонній коробці;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 1 пластикового контейнера (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВКК | (дата)<br>**__.__.2024** | (П.І.Б. заявник) |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322011-24/3-146 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕКОРМОН®, розчин для ін'єкцій по 2000 МО/0,3 мл;<br>по 3 попередньо наповнених шприци по 2000 МО/0,3 мл разом з 3 голками для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку) в контурній чарунковій упаковці, що складається з 3 окремих пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 2 контурні чарункові упаковки (6 попередньо наповнених шприців та 6 голок) у картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 30 000 МО/0,6 мл;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 4 пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (4 попередньо наповнених шприци та 4 голки) у картонній коробці;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 1 пластикового контейнера (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322011-24/3-146 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕКОРМОН®, розчин для ін'єкцій по 2000 МО/0,3 мл;<br>по 3 попередньо наповнених шприци по 2000 МО/0,3 мл разом з 3 голками для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку) в контурній чарунковій упаковці, що складається з 3 окремих пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 2 контурні чарункові упаковки (6 попередньо наповнених шприців та 6 голок) у картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 30 000 МО/0,6 мл;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 4 пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (4 попередньо наповнених шприци та 4 голки) у картонній коробці;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 1 пластикового контейнера (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322011-24/3-146 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕКОРМОН®, розчин для ін'єкцій по 2000 МО/0,3 мл;<br>по 3 попередньо наповнених шприци по 2000 МО/0,3 мл разом з 3 голками для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку) в контурній чарунковій упаковці, що складається з 3 окремих пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 2 контурні чарункові упаковки (6 попередньо наповнених шприців та 6 голок) у картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 30 000 МО/0,6 мл;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 4 пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (4 попередньо наповнених шприци та 4 голки) у картонній коробці;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 1 пластикового контейнера (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВКК | (дата)<br>**__.__.2024** | (П.І.Б. заявник) |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322011-24/3-146 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕКОРМОН®, розчин для ін'єкцій по 2000 МО/0,3 мл;<br>по 3 попередньо наповнених шприци по 2000 МО/0,3 мл разом з 3 голками для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку) в контурній чарунковій упаковці, що складається з 3 окремих пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 2 контурні чарункові упаковки (6 попередньо наповнених шприців та 6 голок) у картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 30 000 МО/0,6 мл;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 4 пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (4 попередньо наповнених шприци та 4 голки) у картонній коробці;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 1 пластикового контейнера (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322011-24/3-146 від 09.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕКОРМОН®, розчин для ін'єкцій по 2000 МО/0,3 мл;<br>по 3 попередньо наповнених шприци по 2000 МО/0,3 мл разом з 3 голками для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку) в контурній чарунковій упаковці, що складається з 3 окремих пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 2 контурні чарункові упаковки (6 попередньо наповнених шприців та 6 голок) у картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 30 000 МО/0,6 мл;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 4 пластикових контейнерів (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (4 попередньо наповнених шприци та 4 голки) у картонній коробці;<br>по 1 попередньо наповненому шприці по 30 000 МО/0,6 мл разом з голкою для ін'єкцій 27G1/2 (голка поміщена у пластикову упаковку); в контурній чарунковій упаковці, що складається з 1 пластикового контейнера (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка в одному пластиковому контейнері); по 1 контурній чарунковій упаковці (1 попередньо наповнений шприц та 1 голка) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323627-24/В-145 від 11.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИНОЛОКСИН, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл; по 100 мл у контейнері з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в поліетиленовому пакеті в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323627-24/B-145 від 11.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИНОЛОКСИН, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл; по 100 мл у контейнері з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в поліетиленовому пакеті в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323627-24/B-145 від 11.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИНОЛОКСИН, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл; по 100 мл у контейнері з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в поліетиленовому пакеті в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323840-24/3-132, 323841-24/3-132, 323842-24/3-132, 323843-24/3-132, 323844-24/3-132 від 15.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОДИНІР, порошок для оральної суспензії по 250 мг/5 мл; по 60 мл або по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірною ложкою в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323840-24/3-132, 323841-24/3-132, 323842-24/3-132, 323843-24/3-132, 323844-24/3-132 від 15.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОДИНІР, порошок для оральної суспензії по 250 мг/5 мл; по 60 мл або по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірною ложкою в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323840-24/3-132, 323841-24/3-132, 323842-24/3-132, 323843-24/3-132, 323844-24/3-132 від 15.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОДИНІР, порошок для оральної суспензії по 250 мг/5 мл; по 60 мл або по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірною ложкою в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309672-24/3-121 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗАСТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; 10 мг; 20 мг; 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301374-23/В-128 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗІСТЕР® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг, по 10 мг/10 мг, по 20 мг/10 мг, по 40 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315263-24/B-96, 315264-24/B-96, 315265-24/B-96, 315266-24/B-96, 315722-24/B-128 від 14.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315263-24/B-96, 315264-24/B-96, 315265-24/B-96, 315266-24/B-96, 315722-24/B-128 від 14.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315263-24/B-96, 315264-24/B-96, 315265-24/B-96, 315266-24/B-96, 315722-24/B-128 від 14.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315263-24/B-96, 315264-24/B-96, 315265-24/B-96, 315266-24/B-96, 315722-24/B-128 від 14.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315263-24/B-96, 315264-24/B-96, 315265-24/B-96, 315266-24/B-96, 315722-24/B-128 від 14.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **315263-24/B-96, 315264-24/B-96, 315265-24/B-96, 315266-24/B-96, 315722-24/B-128 від 14.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294530-23/3-138, 294531-23/3-138, 315509-24/3-138 від 19.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОТАРИТМІЛ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294530-23/3-138, 294531-23/3-138, 315509-24/3-138 від 19.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОТАРИТМІЛ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294530-23/3-138, 294531-23/3-138, 315509-24/3-138 від 19.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОТАРИТМІЛ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294530-23/3-138, 294531-23/3-138, 315509-24/3-138 від 19.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОТАРИТМІЛ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294530-23/3-138, 294531-23/3-138, 315509-24/3-138 від 19.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОТАРИТМІЛ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294530-23/3-138, 294531-23/3-138, 315509-24/3-138 від 19.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОТАРИТМІЛ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320050-24/3-123 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛЬБУТАМОЛ-ІНТЕЛІ, інгаляція під тиском, суспензія, 100 мкг/доза; по 200 доз (10 мл) у алюмінієвому балоні, по 1 балону з пластиковим адаптером та кришкою у картонній коробці разом з інструкцією для медичного застосування** |
| **Заявник** | **ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320050-24/3-123 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛЬБУТАМОЛ-ІНТЕЛІ, інгаляція під тиском, суспензія, 100 мкг/доза; по 200 доз (10 мл) у алюмінієвому балоні, по 1 балону з пластиковим адаптером та кришкою у картонній коробці разом з інструкцією для медичного застосування** |
| **Заявник** | **ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **320050-24/3-123 від 02.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛЬБУТАМОЛ-ІНТЕЛІ, інгаляція під тиском, суспензія, 100 мкг/доза; по 200 доз (10 мл) у алюмінієвому балоні, по 1 балону з пластиковим адаптером та кришкою у картонній коробці разом з інструкцією для медичного застосування** |
| **Заявник** | **ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306007-23/B-28, 306008-23/B-28 від 29.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕДІСТРЕС, таблетки по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 та 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306007-23/В-28, 306008-23/В-28 від 29.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕДІСТРЕС, таблетки по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 та 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306007-23/B-28, 306008-23/B-28 від 29.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕДІСТРЕС, таблетки по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 та 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316688-24/3-137 від 07.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИЛУЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 21 таблетці в блістері; по 1 або по 3 блістери разом із картонним футляром для зберігання блістера в пачці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316688-24/3-137 від 07.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИЛУЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 21 таблетці в блістері; по 1 або по 3 блістери разом із картонним футляром для зберігання блістера в пачці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316688-24/3-137 від 07.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИЛУЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 21 таблетці в блістері; по 1 або по 3 блістери разом із картонним футляром для зберігання блістера в пачці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322707-24/В-124 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНАФЛАНУ МАЗЬ, мазь 0,025 %; по 10 г або по 15 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322707-24/B-124 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНАФЛАНУ МАЗЬ, мазь 0,025 %; по 10 г або по 15 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322707-24/В-124 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНАФЛАНУ МАЗЬ, мазь 0,025 %; по 10 г або по 15 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319786-24/3-97, 319787-24/3-97, 319788-24/3-97, 319789-24/3-97, 319790-24/3-97, 319791-24/3-97, 319792-24/3-97, 319793-24/3-97, 319794-24/3-97, 319795-24/3-97, 319796-24/3-97, 319797-24/3-97, 319798-24/3-97, 319799-24/3-97, 319800-24/3-97, 319801-24/3-97, 319802-24/3-97, 319803-24/3-97, 319804-24/3-97, 319805-24/3-97, 319806-24/3-97, 319807-24/3-97, 319808-24/3-97, 319809-24/3-97, 319810-24/3-97, 319811-24/3-97, 319812-24/3-97, 319813-24/3-97, 319814-24/3-97, 319815-24/3-97, 319816-24/3-97, 319817-24/3-97, 319818-24/3-97, 319819-24/3-97, 319820-24/3-97, 319821-24/3-97, 319822-24/3-97, 319823-24/3-97, 319824-24/3-97, 319825-24/3-97, 319826-24/3-97, 319827-24/3-97, 319828-24/3-97, 319829-24/3-97, 319830-24/3-97, 319831-24/3-97, 319832-24/3-97, 319833-24/3-97, 319834-24/3-97 від 30.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНУПРЕТ®, краплі оральні, по 50 мл або по 100 мл розчину у флаконі, з дозуючим крапельним пристроєм зверху, з кришкою, що нагвинчується і кільцем контролю відкриття, по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Біонорика СЕ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319786-24/3-97, 319787-24/3-97, 319788-24/3-97, 319789-24/3-97, 319790-24/3-97, 319791-24/3-97, 319792-24/3-97, 319793-24/3-97, 319794-24/3-97, 319795-24/3-97, 319796-24/3-97, 319797-24/3-97, 319798-24/3-97, 319799-24/3-97, 319800-24/3-97, 319801-24/3-97, 319802-24/3-97, 319803-24/3-97, 319804-24/3-97, 319805-24/3-97, 319806-24/3-97, 319807-24/3-97, 319808-24/3-97, 319809-24/3-97, 319810-24/3-97, 319811-24/3-97, 319812-24/3-97, 319813-24/3-97, 319814-24/3-97, 319815-24/3-97, 319816-24/3-97, 319817-24/3-97, 319818-24/3-97, 319819-24/3-97, 319820-24/3-97, 319821-24/3-97, 319822-24/3-97, 319823-24/3-97, 319824-24/3-97, 319825-24/3-97, 319826-24/3-97, 319827-24/3-97, 319828-24/3-97, 319829-24/3-97, 319830-24/3-97, 319831-24/3-97, 319832-24/3-97, 319833-24/3-97, 319834-24/3-97 від 30.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНУПРЕТ®, краплі оральні, по 50 мл або по 100 мл розчину у флаконі, з дозуючим крапельним пристроєм зверху, з кришкою, що нагвинчується і кільцем контролю відкриття, по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Біонорика СЕ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319786-24/3-97, 319787-24/3-97, 319788-24/3-97, 319789-24/3-97, 319790-24/3-97, 319791-24/3-97, 319792-24/3-97, 319793-24/3-97, 319794-24/3-97, 319795-24/3-97, 319796-24/3-97, 319797-24/3-97, 319798-24/3-97, 319799-24/3-97, 319800-24/3-97, 319801-24/3-97, 319802-24/3-97, 319803-24/3-97, 319804-24/3-97, 319805-24/3-97, 319806-24/3-97, 319807-24/3-97, 319808-24/3-97, 319809-24/3-97, 319810-24/3-97, 319811-24/3-97, 319812-24/3-97, 319813-24/3-97, 319814-24/3-97, 319815-24/3-97, 319816-24/3-97, 319817-24/3-97, 319818-24/3-97, 319819-24/3-97, 319820-24/3-97, 319821-24/3-97, 319822-24/3-97, 319823-24/3-97, 319824-24/3-97, 319825-24/3-97, 319826-24/3-97, 319827-24/3-97, 319828-24/3-97, 319829-24/3-97, 319830-24/3-97, 319831-24/3-97, 319832-24/3-97, 319833-24/3-97, 319834-24/3-97 від 30.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНУПРЕТ®, краплі оральні, по 50 мл або по 100 мл розчину у флаконі, з дозуючим крапельним пристроєм зверху, з кришкою, що нагвинчується і кільцем контролю відкриття, по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Біонорика СЕ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | (дата)<br>**__.__.2024** | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

| | | |
|---|---|---|
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322114-24/3-132, 322115-24/3-132, 322116-24/3-132 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІЛАКТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322114-24/3-132, 322115-24/3-132, 322116-24/3-132 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІЛАКТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322114-24/3-132, 322115-24/3-132, 322116-24/3-132 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІЛАКТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322114-24/3-132, 322115-24/3-132, 322116-24/3-132 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІЛАКТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322114-24/3-132, 322115-24/3-132, 322116-24/3-132 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІЛАКТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322114-24/3-132, 322115-24/3-132, 322116-24/3-132 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІЛАКТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322114-24/3-132, 322115-24/3-132, 322116-24/3-132 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІЛАКТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322114-24/3-132, 322115-24/3-132, 322116-24/3-132 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІЛАКТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322114-24/3-132, 322115-24/3-132, 322116-24/3-132 від 12.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІЛАКТОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322239-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПОРАКСОЛ, капсули по 100 мг; по 5 капсул у стрипі; по 2 стрипа в картонній пачці; по 6 капсул у стрипі; по 5 стрипів або по 1 стрипу в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322239-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПОРАКСОЛ, капсули по 100 мг; по 5 капсул у стрипі; по 2 стрипа в картонній пачці; по 6 капсул у стрипі; по 5 стрипів або по 1 стрипу в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322239-24/3-148 від 16.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПОРАКСОЛ, капсули по 100 мг; по 5 капсул у стрипі; по 2 стрипа в картонній пачці; по 6 капсул у стрипі; по 5 стрипів або по 1 стрипу в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324435-24/3-145 від 23.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТОПЕРАН, капсули тверді по 2 мг; по 4 або 8 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Юнілаб, ЛП, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324435-24/3-145 від 23.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТОПЕРАН, капсули тверді по 2 мг; по 4 або 8 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Юнілаб, ЛП, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324435-24/3-145 від 23.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТОПЕРАН, капсули тверді по 2 мг; по 4 або 8 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Юнілаб, ЛП, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319578-24/3-148 від 24.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУНІТІНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 12,5 мг або по 25 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 37,5 мг або по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318558-24/3-145 від 10.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЙЛОЛФЕН® ХОТ, порошок для орального розчину;**<br>**по 20 г порошку в пакеті;**<br>**по 20 г порошку в пакеті; по 6 або 12 пакетів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318558-24/3-145 від 10.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЙЛОЛФЕН® ХОТ, порошок для орального розчину;<br>по 20 г порошку в пакеті;<br>по 20 г порошку в пакеті; по 6 або 12 пакетів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318558-24/3-145 від 10.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЙЛОЛФЕН® ХОТ, порошок для орального розчину;<br>по 20 г порошку в пакеті;<br>по 20 г порошку в пакеті; по 6 або 12 пакетів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318242-24/В-116 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАУФОН-ДАРНИЦЯ, краплі очні, розчин, 40 мг/мл, по 5 мл або 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318242-24/В-116 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАУФОН-ДАРНИЦЯ, краплі очні, розчин, 40 мг/мл, по 5 мл або 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318242-24/В-116 від 03.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАУФОН-ДАРНИЦЯ, краплі очні, розчин, 40 мг/мл, по 5 мл або 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318088-24/3-140 від 01.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕРАФЛЮ ВІД ГРИПУ ТА ЗАСТУДИ ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА, порошок для орального розчину; 1 пакет з порошком; 10 пакетів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318088-24/3-140 від 01.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕРАФЛЮ ВІД ГРИПУ ТА ЗАСТУДИ ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА, порошок для орального розчину; 1 пакет з порошком; 10 пакетів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318088-24/3-140 від 01.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕРАФЛЮ ВІД ГРИПУ ТА ЗАСТУДИ ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА, порошок для орального розчину; 1 пакет з порошком; 10 пакетів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318738-24/3-124 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕРАФЛЮ ЕКСТРА ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА , порошок для орального розчину; 1 пакет з порошком; 10 пакетів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318738-24/3-124 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕРАФЛЮ ЕКСТРА ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА , порошок для орального розчину; 1 пакет з порошком; 10 пакетів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318738-24/3-124 від 15.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕРАФЛЮ ЕКСТРА ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА , порошок для орального розчину; 1 пакет з порошком; 10 пакетів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322869-24/З-117 від 30.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕСАЛІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Амакса Лтд, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322869-24/3-117 від 30.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕСАЛІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Амакса Лтд, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322869-24/3-117 від 30.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕСАЛІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Амакса Лтд, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319295-24/В-121 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИМАЛІН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 10 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319295-24/В-121 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИМАЛІН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 10 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319295-24/В-121 від 19.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИМАЛІН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 10 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323752-24/3-128 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИМОГЛОБУЛІН®, ліофілізований порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій по 25 мг; № 1: по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Санофі Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323752-24/3-128 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИМОГЛОБУЛІН®, ліофілізований порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій по 25 мг; № 1: по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Санофі Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323752-24/3-128 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИМОГЛОБУЛІН®, ліофілізований порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій по 25 мг; № 1: по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Санофі Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323678-24/В-148 від 11.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІВАРГІН-Н, розчин для інфузій, 42 мг/мл; по 100 мл або по 200 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону; по 100 мл або по 200 мл у флаконі, по 10 флаконів у коробці з гофрокартону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323678-24/B-148 від 11.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІВАРГІН-Н, розчин для інфузій, 42 мг/мл; по 100 мл або по 200 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону; по 100 мл або по 200 мл у флаконі, по 10 флаконів у коробці з гофрокартону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323678-24/В-148 від 11.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІВАРГІН-Н, розчин для інфузій, 42 мг/мл; по 100 мл або по 200 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону; по 100 мл або по 200 мл у флаконі, по 10 флаконів у коробці з гофрокартону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316290-24/3-60 від 03.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІЗОПТАН, краплі очні, розчин по 3 мл у флаконі з пробкою-крапельницею та кришкою; по 1 флакону в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316290-24/3-60 від 03.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІЗОПТАН, краплі очні, розчин по 3 мл у флаконі з пробкою-крапельницею та кришкою; по 1 флакону в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316290-24/3-60 від 03.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІЗОПТАН, краплі очні, розчин по 3 мл у флаконі з пробкою-крапельницею та кришкою; по 1 флакону в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321104-24/3-126, 321105-24/3-126, 321106-24/3-126 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРІУМЕК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/600 мг/300 мг; по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ВііВ Хелскер ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321104-24/З-126, 321105-24/З-126, 321106-24/З-126 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРІУМЕК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/600 мг/300 мг; по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ВііВ Хелскер ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321104-24/З-126, 321105-24/З-126, 321106-24/З-126 від 21.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРІУМЕК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/600 мг/300 мг; по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ВііВ Хелскер ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311202-24/3-132, 311203-24/3-132, 311204-24/3-132, 316977-24/3-132 від 28.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРСОСАН®, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 або 5, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311202-24/З-132, 311203-24/З-132, 311204-24/З-132, 316977-24/З-132 від 28.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРСОСАН®, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 або 5, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311202-24/З-132, 311203-24/З-132, 311204-24/З-132, 316977-24/З-132 від 28.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРСОСАН®, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 або 5, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323557-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕНТАНІЛ, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/мл;**<br>**по 2 мл або по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці з картону;**<br>**по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 або 10 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323557-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕНТАНІЛ, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/мл;<br>по 2 мл або по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці з картону;<br>по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 або 10 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323557-24/В-145 від 10.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕНТАНІЛ, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/мл;<br>по 2 мл або по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці з картону;<br>по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 або 10 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317990-24/3-137, 317991-24/3-137, 317992-24/3-137, 325961-24/3-61 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛЕКАЇНІД САНДОЗ®, таблетки по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317990-24/3-137, 317991-24/3-137, 317992-24/3-137, 325961-24/3-61 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛЕКАЇНІД САНДОЗ®, таблетки по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317990-24/3-137, 317991-24/3-137, 317992-24/3-137, 325961-24/3-61 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛЕКАЇНІД САНДОЗ®, таблетки по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317990-24/3-137, 317991-24/3-137, 317992-24/3-137, 325961-24/3-61 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛЕКАЇНІД САНДОЗ®, таблетки по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317990-24/3-137, 317991-24/3-137, 317992-24/3-137, 325961-24/3-61 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛЕКАЇНІД САНДОЗ®, таблетки по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317990-24/3-137, 317991-24/3-137, 317992-24/3-137, 325961-24/3-61 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛЕКАЇНІД САНДОЗ®, таблетки по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316249-24/B-96, 316250-24/B-96 від 31.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУЦИНАР®, мазь, 0,25 мг/г, по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316249-24/В-96, 316250-24/В-96 від 31.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУЦИНАР®, мазь, 0,25 мг/г, по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316249-24/B-96, 316250-24/B-96 від 31.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУЦИНАР®, мазь, 0,25 мг/г, по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316254-24/B-96, 316255-24/B-96 від 31.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУЦИНАР®, гель, 0,25 мг/г по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316254-24/B-96, 316255-24/B-96 від 31.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУЦИНАР®, гель, 0,25 мг/г по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316254-24/B-96, 316255-24/B-96 від 31.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУЦИНАР®, гель, 0,25 мг/г по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316251-24/B-96, 316252-24/B-96 від 31.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУЦИНАР® N, мазь по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316251-24/B-96, 316252-24/B-96 від 31.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУЦИНАР® N, мазь по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316251-24/B-96, 316252-24/B-96 від 31.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУЦИНАР® N, мазь по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321907-24/3-144 від 06.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФОСТЕР, аерозоль для інгаляцій, дозований, 100+6 мкг/дозу; по 120 доз у контейнері; по 1 або 2 контейнери з дозуючим клапаном і розпилюючою насадкою та захисним ковпачком у картонній коробці; по 180 доз у контейнері; по 1 контейнеру з дозуючим клапаном і розпилюючою насадкою та захисним ковпачком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321907-24/3-144 від 06.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФОСТЕР, аерозоль для інгаляцій, дозований, 100+6 мкг/дозу; по 120 доз у контейнері; по 1 або 2 контейнери з дозуючим клапаном і розпилюючою насадкою та захисним ковпачком у картонній коробці; по 180 доз у контейнері; по 1 контейнеру з дозуючим клапаном і розпилюючою насадкою та захисним ковпачком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321907-24/3-144 від 06.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФОСТЕР, аерозоль для інгаляцій, дозований, 100+6 мкг/дозу; по 120 доз у контейнері; по 1 або 2 контейнери з дозуючим клапаном і розпилюючою насадкою та захисним ковпачком у картонній коробці; по 180 доз у контейнері; по 1 контейнеру з дозуючим клапаном і розпилюючою насадкою та захисним ковпачком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316168-24/3-145, 316169-24/3-145, 316170-24/3-145, 316171-24/3-145, 316173-24/3-145 від 30.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФОСФОРАЛ, гранули для орального розчину, 3 г/пакет; по 8 г у пакеті; по 1 пакету у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316168-24/З-145, 316169-24/З-145, 316170-24/З-145, 316171-24/З-145, 316173-24/З-145 від 30.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФОСФОРАЛ, гранули для орального розчину, 3 г/пакет; по 8 г у пакеті; по 1 пакету у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316168-24/3-145, 316169-24/3-145, 316170-24/3-145, 316171-24/3-145, 316173-24/3-145 від 30.05.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФОСФОРАЛ, гранули для орального розчину, 3 г/пакет; по 8 г у пакеті; по 1 пакету у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322900-24/В-92 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕПІДЕРМ ФОРТЕ АЕРОЗОЛЬ, Піна нашкірна; по 58,5 г або по 117,0 г у балоні; по 1 балону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322900-24/B-92 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕПІДЕРМ ФОРТЕ АЕРОЗОЛЬ, Піна нашкірна; по 58,5 г або по 117,0 г у балоні; по 1 балону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322900-24/B-92 від 01.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕПІДЕРМ ФОРТЕ АЕРОЗОЛЬ, Піна нашкірна; по 58,5 г або по 117,0 г у балоні; по 1 балону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317654-24/В-45, 317655-24/В-45 від 24.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕПІЛОР, спрей для ротової порожнини, по 20 мл або по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317654-24/B-45, 317655-24/B-45 від 24.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕПІЛОР, спрей для ротової порожнини, по 20 мл або по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317654-24/В-45, 317655-24/В-45 від 24.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕПІЛОР, спрей для ротової порожнини, по 20 мл або по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317763-24/B-137, 317764-24/B-137 від 25.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕПІЛОР, розчин для ротової порожнини; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317763-24/B-137, 317764-24/B-137 від 25.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕПІЛОР, розчин для ротової порожнини; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **317763-24/B-137, 317764-24/B-137 від 25.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕПІЛОР, розчин для ротової порожнини; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323056-24/3-96 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАВОРА, краплі оральні по 50 мл або 100 мл у флаконі з насадкою-дозатором; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323056-24/3-96 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАВОРА, краплі оральні по 50 мл або 100 мл у флаконі з насадкою-дозатором; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323056-24/3-96 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАВОРА, краплі оральні по 50 мл або 100 мл у флаконі з насадкою-дозатором; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310095-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г або 1 г порошку; in bulk: по 50 флаконів у коробці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310095-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г або 1 г порошку; in bulk: по 50 флаконів у коробці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310095-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г або 1 г порошку; in bulk: по 50 флаконів у коробці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310095-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г або 1 г порошку; in bulk: по 50 флаконів у коробці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310095-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г або 1 г порошку; in bulk: по 50 флаконів у коробці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310095-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г або 1 г порошку; in bulk: по 50 флаконів у коробці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323055-24/3-97 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАМАДАР, таблетки, по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323055-24/3-97 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАМАДАР, таблетки, по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323055-24/3-97 від 02.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАМАДАР, таблетки, по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324866-24/3-61 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАМАДАР, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324866-24/3-61 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАМАДАР, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324866-24/3-61 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАМАДАР, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323095-24/3-61 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАНЕЙРО , таблетки по 20 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323095-24/3-61 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАНЕЙРО , таблетки по 20 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323095-24/3-61 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАНЕЙРО , таблетки по 20 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324865-24/3-61 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАНЕЙРО , таблетки по 20 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324865-24/3-61 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАНЕЙРО , таблетки по 20 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324865-24/3-61 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАНЕЙРО , таблетки по 20 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323092-24/3-92 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАСЕЛЬ, таблетки по 100 мкг; 300 мкг; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323092-24/3-92 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАСЕЛЬ, таблетки по 100 мкг; 300 мкг; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323092-24/3-92 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАСЕЛЬ, таблетки по 100 мкг; 300 мкг; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323092-24/3-92 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАСЕЛЬ, таблетки по 100 мкг; 300 мкг; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323092-24/3-92 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАСЕЛЬ, таблетки по 100 мкг; 300 мкг; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323092-24/3-92 від 03.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФАСЕЛЬ, таблетки по 100 мкг; 300 мкг; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Цефак КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324864-24/3-61 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФІКС, капсули по 400 мг по 5 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324864-24/3-61 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФІКС, капсули по 400 мг по 5 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324864-24/3-61 від 31.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФІКС, капсули по 400 мг по 5 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308273-24/B-96, 308274-24/B-96, 308275-24/B-96, 308276-24/B-96, 308277-24/B-96 від 09.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл, по 50 або 100 мл у флаконі; по 1 флакону та шприцу у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308273-24/B-96, 308274-24/B-96, 308275-24/B-96, 308276-24/B-96, 308277-24/B-96 від 09.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл, по 50 або 100 мл у флаконі; по 1 флакону та шприцу у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308273-24/B-96, 308274-24/B-96, 308275-24/B-96, 308276-24/B-96, 308277-24/B-96 від 09.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл, по 50 або 100 мл у флаконі; по 1 флакону та шприцу у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300455-23/3-116, 300456-23/3-116 від 30.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИБОР, розчин для ін'єкцій по 25000 МО антифактора-Ха/мл; по 0,2 мл (5000 МО антифактора-Ха) або 0,3 мл (7500 МО антифактора-Ха), або 0,4 (10000 МО антифактора-Ха) мл у попередньо заповнених шприцах; по 2 шприца у блістері; по 1 або по 5, або по 50 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300455-23/3-116, 300456-23/3-116 від 30.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИБОР, розчин для ін'єкцій по 25000 МО антифактора-Ха/мл; по 0,2 мл (5000 МО антифактора-Ха) або 0,3 мл (7500 МО антифактора-Ха), або 0,4 (10000 МО антифактора-Ха) мл у попередньо заповнених шприцах; по 2 шприца у блістері; по 1 або по 5, або по 50 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300455-23/3-116, 300456-23/3-116 від 30.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИБОР, розчин для ін'єкцій по 25000 МО антифактора-Ха/мл; по 0,2 мл (5000 МО антифактора-Ха) або 0,3 мл (7500 МО антифактора-Ха), або 0,4 (10000 МО антифактора-Ха) мл у попередньо заповнених шприцах; по 2 шприца у блістері; по 1 або по 5, або по 50 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301392-23/3-121, 301394-23/3-121 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИБОР 3500, розчин для ін'єкцій, 17500 МО антифактора-Ха/мл; по 0,2 мл (3500 МО антифактора-Ха) у попередньо заповненому шприці; по 2 попередньо заповнені шприци в блістері; по 1, або по 5, або по 50 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301392-23/3-121, 301394-23/3-121 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИБОР 3500, розчин для ін'єкцій, 17500 МО антифактора-Ха/мл; по 0,2 мл (3500 МО антифактора-Ха) у попередньо заповненому шприці; по 2 попередньо заповнені шприци в блістері; по 1, або по 5, або по 50 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301392-23/3-121, 301394-23/3-121 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИБОР 3500, розчин для ін'єкцій, 17500 МО антифактора-Ха/мл; по 0,2 мл (3500 МО антифактора-Ха) у попередньо заповненому шприці; по 2 попередньо заповнені шприци в блістері; по 1, або по 5, або по 50 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313854-24/3-132 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКСОДІЛ, Інгаляція під тиском, розчин по 80 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка зеленого кольору або по 160 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка фіолетового кольору або по 320 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка червоного кольору; по 120 доз в інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313854-24/3-132 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКСОДІЛ, Інгаляція під тиском, розчин по 80 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка зеленого кольору або по 160 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка фіолетового кольору або по 320 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка червоного кольору; по 120 доз в інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313854-24/3-132 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКСОДІЛ, Інгаляція під тиском, розчин по 80 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка зеленого кольору або по 160 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка фіолетового кольору або по 320 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка червоного кольору; по 120 доз в інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313854-24/3-132 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКСОДІЛ, Інгаляція під тиском, розчин по 80 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка зеленого кольору або по 160 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка фіолетового кольору або по 320 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка червоного кольору; по 120 доз в інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313854-24/3-132 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКСОДІЛ, Інгаляція під тиском, розчин по 80 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка зеленого кольору або по 160 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка фіолетового кольору або по 320 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка червоного кольору; по 120 доз в інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313854-24/3-132 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКСОДІЛ, Інгаляція під тиском, розчин по 80 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка зеленого кольору або по 160 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка фіолетового кольору або по 320 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка червоного кольору; по 120 доз в інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313854-24/3-132 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКСОДІЛ, Інгаляція під тиском, розчин по 80 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка зеленого кольору або по 160 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка фіолетового кольору або по 320 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка червоного кольору; по 120 доз в інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313854-24/3-132 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКСОДІЛ, Інгаляція під тиском, розчин по 80 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка зеленого кольору або по 160 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка фіолетового кольору або по 320 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка червоного кольору; по 120 доз в інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **313854-24/3-132 від 16.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКСОДІЛ, Інгаляція під тиском, розчин по 80 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка зеленого кольору або по 160 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка фіолетового кольору або по 320 мкг / доза: інгалятор складається з алюмінієвого балона під тиском, герметично закритого дозуючим клапаном, поліпропіленових мундштука та пилозахисного ковпачка червоного кольору; по 120 доз в інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324733-24/3-45 від 29.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИСПЛАТИН, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг/мл, по 10 мл (10 мг) або по 50 мл (50 мг) або 100 мл (100 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324733-24/3-45 від 29.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИСПЛАТИН, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг/мл, по 10 мл (10 мг) або по 50 мл (50 мг) або 100 мл (100 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324733-24/3-45 від 29.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИСПЛАТИН, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг/мл, по 10 мл (10 мг) або по 50 мл (50 мг) або 100 мл (100 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316692-24/B-138, 316693-24/B-138, 316694-24/B-138, 322111-24/B-137 від 07.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИТІМАКС-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 2 мл (500 мг) або по 4 мл (1000 мг) в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316692-24/B-138, 316693-24/B-138, 316694-24/B-138, 322111-24/B-137 від 07.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИТІМАКС-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 2 мл (500 мг) або по 4 мл (1000 мг) в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316692-24/B-138, 316693-24/B-138, 316694-24/B-138, 322111-24/B-137 від 07.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИТІМАКС-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 2 мл (500 мг) або по 4 мл (1000 мг) в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316689-24/B-138, 316690-24/B-138, 316691-24/B-138, 322112-24/B-137 від 07.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИТІМАКС-ДАРНИЦЯ®, розчин для інфузій 10 мг/мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316689-24/В-138, 316690-24/В-138, 316691-24/В-138, 322112-24/В-137 від 07.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИТІМАКС-ДАРНИЦЯ®, розчин для інфузій 10 мг/мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **316689-24/В-138, 316690-24/В-138, 316691-24/В-138, 322112-24/В-137 від 07.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИТІМАКС-ДАРНИЦЯ®, розчин для інфузій 10 мг/мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322020-24/B-96 від 10.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦІАНОКОБАЛАМІН, кристалічний порошок або кристали (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322020-24/B-96 від 10.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦІАНОКОБАЛАМІН, кристалічний порошок або кристали (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322020-24/B-96 від 10.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦІАНОКОБАЛАМІН, кристалічний порошок або кристали (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **18.12.2024 р. № 2110** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |