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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340228-25/B-117, 340229-25/B-117, 340230-25/B-117, 340231-25/B-117 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБРОЛ®, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці; in bulk: № 3600 (10х360): по 10 таблеток у блістері; по 360 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340228-25/B-117, 340229-25/B-117, 340230-25/B-117, 340231-25/B-117 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБРОЛ®, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці; in bulk: № 3600 (10х360): по 10 таблеток у блістері; по 360 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340228-25/B-117, 340229-25/B-117, 340230-25/B-117, 340231-25/B-117 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБРОЛ®, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці; in bulk: № 3600 (10х360): по 10 таблеток у блістері; по 360 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340228-25/B-117, 340229-25/B-117, 340230-25/B-117, 340231-25/B-117 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБРОЛ®, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці; in bulk: № 3600 (10х360): по 10 таблеток у блістері; по 360 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340228-25/B-117, 340229-25/B-117, 340230-25/B-117, 340231-25/B-117 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБРОЛ®, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці; in bulk: № 3600 (10х360): по 10 таблеток у блістері; по 360 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340228-25/B-117, 340229-25/B-117, 340230-25/B-117, 340231-25/B-117 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБРОЛ®, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці; in bulk: № 3600 (10х360): по 10 таблеток у блістері; по 360 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342709-25/З-149 від 11.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗІЛЕКТ, таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342709-25/3-149 від 11.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗІЛЕКТ, таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342709-25/3-149 від 11.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗІЛЕКТ, таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344552-25/B-147 від 11.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗОТУ ЗАКИС, газ стиснений; по 7,5 кг у балонах місткістю 10 л; по 30 кг у балонах місткістю 40 л; по 37,5 кг у балонах місткістю 50 л.** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лінде Газ Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344552-25/B-147 від 11.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗОТУ ЗАКИС, газ стиснений; по 7,5 кг у балонах місткістю 10 л; по 30 кг у балонах місткістю 40 л; по 37,5 кг у балонах місткістю 50 л.** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лінде Газ Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344552-25/B-147 від 11.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗОТУ ЗАКИС, газ стиснений; по 7,5 кг у балонах місткістю 10 л; по 30 кг у балонах місткістю 40 л; по 37,5 кг у балонах місткістю 50 л.** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лінде Газ Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326855-24/В-139 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРІЯ, розчин для ін'єкцій 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 упаковки в картонній пачці; по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці та картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФОРС-ФАРМА ДИСТРИБЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326855-24/В-139 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРІЯ, розчин для ін'єкцій 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 упаковки в картонній пачці; по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці та картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФОРС-ФАРМА ДИСТРИБЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326855-24/B-139 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРІЯ, розчин для ін'єкцій 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 упаковки в картонній пачці; по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці та картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФОРС-ФАРМА ДИСТРИБЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332747-25/B-96, 332748-25/B-96 від 24.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАЛЬГІН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 500 мг/мл, по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці; по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332747-25/B-96, 332748-25/B-96 від 24.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАЛЬГІН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 500 мг/мл, по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці; по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332747-25/B-96, 332748-25/B-96 від 24.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАЛЬГІН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 500 мг/мл, по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці; по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342738-25/3-152, 345163-25/3-152 від 12.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНЖЕЛІК, таблетки, вкриті оболонкою; по 28 таблеток у блістері з календарною шкалою, в картонній пачці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342738-25/З-152, 345163-25/З-152 від 12.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНЖЕЛІК, таблетки, вкриті оболонкою; по 28 таблеток у блістері з календарною шкалою, в картонній пачці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342738-25/З-152, 345163-25/З-152 від 12.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНЖЕЛІК, таблетки, вкриті оболонкою; по 28 таблеток у блістері з календарною шкалою, в картонній пачці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328712-24/3-82 від 24.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНОРО ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 55 мкг/22 мкг/дозу; по 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору в лотку з фольги в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328712-24/3-82 від 24.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНОРО ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 55 мкг/22 мкг/дозу; по 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору в лотку з фольги в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328712-24/3-82 від 24.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНОРО ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 55 мкг/22 мкг/дозу; по 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору в лотку з фольги в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338775-25/3-100 від 05.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПСИБИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 6 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 12 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338775-25/3-100 від 05.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПСИБИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 6 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 12 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338775-25/3-100 від 05.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПСИБИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 6 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 12 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338775-25/3-100 від 05.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПСИБИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 6 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 12 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338775-25/3-100 від 05.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПСИБИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 6 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 12 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338775-25/3-100 від 05.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПСИБИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 6 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 12 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343053-25/3-124 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИМІДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343053-25/З-124 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИМІДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343053-25/З-124 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИМІДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338813-25/B-138, 338814-25/B-138, 338815-25/B-138 від 05.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРТОКСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338813-25/B-138, 338814-25/B-138, 338815-25/B-138 від 05.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРТОКСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338813-25/B-138, 338814-25/B-138, 338815-25/B-138 від 05.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРТОКСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336161-25/З-132, 336233-25/З-132 від 16.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСКОРІЛ, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336161-25/З-132, 336233-25/З-132 від 16.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСКОРІЛ, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336161-25/З-132, 336233-25/З-132 від 16.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСКОРІЛ, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337747-25/B-147 від 14.05.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337747-25/B-147 від 14.05.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337747-25/B-147 від 14.05.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **327301-24/3-97, 327302-24/3-97 від 04.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦИКЛОСТАД®, крем 5 %, по 2 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **327301-24/3-97, 327302-24/3-97 від 04.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦИКЛОСТАД®, крем 5 %, по 2 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнаймittель АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **327301-24/3-97, 327302-24/3-97 від 04.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦИКЛОСТАД®, крем 5 %, по 2 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнаймittель АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339623-25/3-96 від 19.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЦ® 200, таблетки шипучі по 200 мг; по 20 таблеток у тубі; по 1 тубі у картонній коробці; по 1 таблетці у саше; по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339623-25/3-96 від 19.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЦ® 200, таблетки шипучі по 200 мг; по 20 таблеток у тубі; по 1 тубі у картонній коробці; по 1 таблетці у саше; по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339623-25/3-96 від 19.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЦ® 200, таблетки шипучі по 200 мг; по 20 таблеток у тубі; по 1 тубі у картонній коробці; по 1 таблетці у саше; по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321357-24/В-116 від 27.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АМІЛА ХЕЛС КЕА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321357-24/В-116 від 27.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АМІЛА ХЕЛС КЕА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321357-24/В-116 від 27.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АМІЛА ХЕЛС КЕА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321357-24/В-116 від 27.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АМІЛА ХЕЛС КЕА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321357-24/В-116 від 27.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АМІЛА ХЕЛС КЕА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **321357-24/В-116 від 27.08.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АМІЛА ХЕЛС КЕА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341140-25/3-144 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАЛАНС 1,5% ГЛЮКОЗИ 1,75 ММОЛЬ/Л КАЛЬЦІЮ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл або 2500 мл у системі двокамерного мішка стей•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 3000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 5000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 2 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Медикал Кер Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341140-25/3-144 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАЛАНС 1,5% ГЛЮКОЗИ 1,75 ММОЛЬ/Л КАЛЬЦІЮ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл або 2500 мл у системі двокамерного мішка стей•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 3000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 5000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 2 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Медикал Кер Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341140-25/3-144 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАЛАНС 1,5% ГЛЮКОЗИ 1,75 ММОЛЬ/Л КАЛЬЦІЮ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл або 2500 мл у системі двокамерного мішка стей•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 3000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 5000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 2 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Медикал Кер Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341133-25/3-144 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАЛАНС 2,3% ГЛЮКОЗИ 1,75 ММОЛЬ/Л КАЛЬЦІЮ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл або 2500 мл у системі двокамерного мішка стей•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 3000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 5000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 2 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Медикал Кер Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341133-25/3-144 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАЛАНС 2,3% ГЛЮКОЗИ 1,75 ММОЛЬ/Л КАЛЬЦІЮ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл або 2500 мл у системі двокамерного мішка стей•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 3000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 5000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 2 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Медикал Кер Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341133-25/3-144 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАЛАНС 2,3% ГЛЮКОЗИ 1,75 ММОЛЬ/Л КАЛЬЦІЮ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл або 2500 мл у системі двокамерного мішка стей•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 3000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами; по 5000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 2 мішки у картонній коробці зі стикером українською мовою або з маркуванням українською та іншими мовами** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Медикал Кер Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341360-25/B-140 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАЗОН, крем для зовнішнього застосування 0,1 % по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341360-25/В-140 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАЗОН, крем для зовнішнього застосування 0,1 % по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341360-25/B-140 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТАЗОН, крем для зовнішнього застосування 0,1 % по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341948-25/3-149, 341949-25/3-149, 341950-25/3-149, 341951-25/3-149, 341952-25/3-149 від 28.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНСПРІ, розчин для ін'єкцій, 20 мг/0,4 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприці у лотку-блістері; по 1 лотку-блістері в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341948-25/З-149, 341949-25/З-149, 341950-25/З-149, 341951-25/З-149, 341952-25/З-149 від 28.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНСПРІ, розчин для ін'єкцій, 20 мг/0,4 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприці у лотку-блістері; по 1 лотку-блістері в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341948-25/З-149, 341949-25/З-149, 341950-25/З-149, 341951-25/З-149, 341952-25/З-149 від 28.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНСПРІ, розчин для ін'єкцій, 20 мг/0,4 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприці у лотку-блістері; по 1 лотку-блістері в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332626-25/3-126, 332627-25/3-126 від 24.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОБОС®, сироп, по 125 мг/5 мл або по 250 мг/5 мл; по 200 мл сиропу у флаконі з темного скла із захищеною від відкривання дітьми кришкою, по 1 флакону та мірній ложці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснія і Герцеговина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332626-25/З-126, 332627-25/З-126 від 24.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОБОС®, сироп, по 125 мг/5 мл або по 250 мг/5 мл; по 200 мл сиропу у флаконі з темного скла із захищеною від відкривання дітьми кришкою, по 1 флакону та мірній ложці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснія і Герцеговина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332626-25/З-126, 332627-25/З-126 від 24.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОБОС®, сироп, по 125 мг/5 мл або по 250 мг/5 мл; по 200 мл сиропу у флаконі з темного скла із захищеною від відкривання дітьми кришкою, по 1 флакону та мірній ложці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснія і Герцеговина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332626-25/3-126, 332627-25/3-126 від 24.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОБОС®, сироп, по 125 мг/5 мл або по 250 мг/5 мл; по 200 мл сиропу у флаконі з темного скла із захищеною від відкривання дітьми кришкою, по 1 флакону та мірній ложці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснія і Герцеговина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332626-25/З-126, 332627-25/З-126 від 24.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОБОС®, сироп, по 125 мг/5 мл або по 250 мг/5 мл; по 200 мл сиропу у флаконі з темного скла із захищеною від відкривання дітьми кришкою, по 1 флакону та мірній ложці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснія і Герцеговина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332626-25/З-126, 332627-25/З-126 від 24.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОБОС®, сироп, по 125 мг/5 мл або по 250 мг/5 мл; по 200 мл сиропу у флаконі з темного скла із захищеною від відкривання дітьми кришкою, по 1 флакону та мірній ложці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснія і Герцеговина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334634-25/3-132 від 25.03.2025** |
| **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 табо 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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334634-25/3-132 від 25.03.2025** |
| **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 табо 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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334634-25/3-132 від 25.03.2025** |
| **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 табо 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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334634-25/3-132 від 25.03.2025** |
| **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 табо 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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334634-25/3-132 від 25.03.2025** |
| **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 табо 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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334634-25/3-132 від 25.03.2025** |
| **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 табо 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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341213-25/3-116 від 15.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІКС АНТИГРИП КОМПЛЕКС, порошок для орального розчину; по 5 або 10 саше у коробці** |
| **Заявник** | **Проктер енд Гембл Інтернешнл Оперейшнз СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341213-25/3-116 від 15.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІКС АНТИГРИП КОМПЛЕКС, порошок для орального розчину; по 5 або 10 саше у коробці** |
| **Заявник** | **Проктер енд Гембл Інтернешнл Оперейшнз СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341213-25/З-116 від 15.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІКС АНТИГРИП КОМПЛЕКС, порошок для орального розчину; по 5 або 10 саше у коробці** |
| **Заявник** | **Проктер енд Гембл Інтернешнл Оперейшнз СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340333-25/3-100 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЛАТЕ 500 МО ВІЛАТЕ 1000 МО, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, 100 МО/мл; Картонна коробка № 1: по 1 флакону з порошком для приготування розчину для ін'єкцій (500 МО або 1000 МО). Картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін'єкцій з 0,1 % полісорбатом 80) по 5 мл або 10 мл разом з комплектом для внутрішньовенного введення, 2 просочені спиртом тампони. Комплект для внутрішньовенного введення складається з: 1 шприц одноразовий, 1 комплект для перенесення, 1 комплект для інфузій. Картонна коробка № 1 та картонна коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340333-25/3-100 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЛАТЕ 500 МО ВІЛАТЕ 1000 МО, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, 100 МО/мл; Картонна коробка № 1: по 1 флакону з порошком для приготування розчину для ін’єкцій (500 МО або 1000 МО). Картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій з 0,1 % полісорбатом 80) по 5 мл або 10 мл разом з комплектом для внутрішньовенного введення, 2 просочені спиртом тампони. Комплект для внутрішньовенного введення складається з: 1 шприц одноразовий, 1 комплект для перенесення, 1 комплект для інфузій. Картонна коробка № 1 та картонна коробка № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340333-25/3-100 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЛАТЕ 500 МО ВІЛАТЕ 1000 МО, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, 100 МО/мл; Картонна коробка № 1: по 1 флакону з порошком для приготування розчину для ін'єкцій (500 МО або 1000 МО). Картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін'єкцій з 0,1 % полісорбатом 80) по 5 мл або 10 мл разом з комплектом для внутрішньовенного введення, 2 просочені спиртом тампони. Комплект для внутрішньовенного введення складається з: 1 шприц одноразовий, 1 комплект для перенесення, 1 комплект для інфузій. Картонна коробка № 1 та картонна коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340552-25/3-121 від 04.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІРЕАД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток у флаконах; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340552-25/3-121 від 04.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІРЕАД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток у флаконах; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340552-25/3-121 від 04.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІРЕАД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток у флаконах; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343320-25/3-139 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІРКІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343320-25/3-139 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІРКІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343320-25/З-139 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІРКІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336594-25/3-139 від 22.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІСТАМІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336594-25/3-139 від 22.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІСТАМІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336594-25/3-139 від 22.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІСТАМІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336594-25/3-139 від 22.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІСТАМІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336594-25/3-139 від 22.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІСТАМІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336594-25/3-139 від 22.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІСТАМІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342283-25/З-117 від 01.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГІДРОКОРТИЗОН РОМФАРМ, порошок для розчину для ін'єкцій/інфузій, 100 мг; по 1 флакону з порошком у картонній пачці; по 5 флаконів з порошком у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342283-25/3-117 від 01.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГІДРОКОРТИЗОН РОМФАРМ, порошок для розчину для ін'єкцій/інфузій, 100 мг; по 1 флакону з порошком у картонній пачці; по 5 флаконів з порошком у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342283-25/З-117 від 01.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГІДРОКОРТИЗОН РОМФАРМ, порошок для розчину для ін'єкцій/інфузій, 100 мг; по 1 флакону з порошком у картонній пачці; по 5 флаконів з порошком у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342841-25/3-149 від 13.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІЦЕРИНОВІ МІКРОКЛІЗМИ ДЛЯ ДІТЕЙ ПЕЙДОЛАКС, розчин ректальний, 3,28 мл/4 мл; по 4 мл в аплікаторі; по 4 аплікатори в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342841-25/3-149 від 13.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІЦЕРИНОВІ МІКРОКЛІЗМИ ДЛЯ ДІТЕЙ ПЕЙДОЛАКС, розчин ректальний, 3,28 мл/4 мл; по 4 мл в аплікаторі; по 4 аплікатори в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342841-25/3-149 від 13.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІЦЕРИНОВІ МІКРОКЛІЗМИ ДЛЯ ДІТЕЙ ПЕЙДОЛАКС, розчин ректальний, 3,28 мл/4 мл; по 4 мл в аплікаторі; по 4 аплікатори в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342727-25/3-100 від 12.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІЦЕРИНОВІ МІКРОКЛІЗМИ ДЛЯ ДОРОСЛИХ АДЮЛАКС, розчин ректальний, 6,14 мл/7,5 мл; по 7,5 мл в аплікаторі; по 4 аплікатори у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342727-25/3-100 від 12.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІЦЕРИНОВІ МІКРОКЛІЗМИ ДЛЯ ДОРОСЛИХ АДЮЛАКС, розчин ректальний, 6,14 мл/7,5 мл; по 7,5 мл в аплікаторі; по 4 аплікатори у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342727-25/3-100 від 12.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІЦЕРИНОВІ МІКРОКЛІЗМИ ДЛЯ ДОРОСЛИХ АДЮЛАКС, розчин ректальний, 6,14 мл/7,5 мл; по 7,5 мл в аплікаторі; по 4 аплікатори у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344287-25/3-137 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком чорної смородини**<br>**по 5 г у саше; по 5 або по 10, або по 20 саше у картонній упаковці**<br>**in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці;**<br>**in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344287-25/3-137 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком чорної смородини**<br>**по 5 г у саше; по 5 або по 10, або по 20 саше у картонній упаковці**<br>**in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці;**<br>**in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344287-25/3-137 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком чорної смородини**<br>**по 5 г у саше; по 5 або по 10, або по 20 саше у картонній упаковці**<br>**in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці;**<br>**in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344287-25/3-137 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком чорної смородини**<br>**по 5 г у саше; по 5 або по 10, або по 20 саше у картонній упаковці**<br>**in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці;**<br>**in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344287-25/3-137 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком чорної смородини**<br>**по 5 г у саше; по 5 або по 10, або по 20 саше у картонній упаковці**<br>**in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці;**<br>**in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344287-25/3-137 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком чорної смородини**<br>**по 5 г у саше; по 5 або по 10, або по 20 саше у картонній упаковці**<br>**in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці;**<br>**in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344293-25/3-116 від 08.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИПГО ХОТМІКС®, гранули для орального розчину зі смаком полуниці або зі смаком лимона по 5 г у саше, по 5 або по 10, або по 20, або по 50 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1500 (1х1500) саше: по 5 г у саше; по 1500 саше у картонній коробці; in bulk: № 800 (1х800) саше: по 5 г у саше; по 800 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341315-25/3-145, 341427-25/3-145 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИППОСТАД® РИНО 0,1% НАЗАЛЬНИЙ СПРЕЙ, спрей назальний, розчин 0,1 %;**<br>**по 10 мл у флаконі з автоматичним пульверизатором та назальним наконечником;**<br>**по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341315-25/3-145, 341427-25/3-145 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИППОСТАД® РИНО 0,1% НАЗАЛЬНИЙ СПРЕЙ, спрей назальний, розчин 0,1 %;**<br>**по 10 мл у флаконі з автоматичним пульверизатором та назальним наконечником;**<br>**по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнаймiттель АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341315-25/3-145, 341427-25/3-145 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРИППОСТАД® РИНО 0,1% НАЗАЛЬНИЙ СПРЕЙ, спрей назальний, розчин 0,1 %;**<br>**по 10 мл у флаконі з автоматичним пульверизатором та назальним наконечником;**<br>**по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338917-25/B-124 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГУТТАЛАКС®ПІКОСУЛЬФАТ, краплі, 7,5 мг/мл; по 15 мл або 30 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338917-25/B-124 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГУТТАЛАКС®ПІКОСУЛЬФАТ, краплі, 7,5 мг/мл; по 15 мл або 30 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338917-25/B-124 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГУТТАЛАКС®ПІКОСУЛЬФАТ, краплі, 7,5 мг/мл; по 15 мл або 30 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340991-25/3-82 від 10.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАПЕПТИЛ ДЕПО, порошок для суспензії для ін'єкцій по 3,75 мг; 1 попередньо заповнений шприц з порошком та 1 попередньо заповнений шприц по 1 мл з розчинником (декстран 70; полісорбат 80; натрію хлорид; натрію дигідрофосфат, дигідрат; 1 N розчин натрію гідроксиду; вода для ін'єкцій), маркування первинних упаковок українською мовою; з'єднувальний елемент, голки для ін'єкцій у картонній упаковці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Феррінг ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340991-25/3-82 від 10.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАПЕПТИЛ ДЕПО, порошок для суспензії для ін'єкцій по 3,75 мг; 1 попередньо заповнений шприц з порошком та 1 попередньо заповнений шприц по 1 мл з розчинником (декстран 70; полісорбат 80; натрію хлорид; натрію дигідрофосфат, дигідрат; 1 N розчин натрію гідроксиду; вода для ін'єкцій), маркування первинних упаковок українською мовою; з'єднувальний елемент, голки для ін'єкцій у картонній упаковці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Феррінг ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340991-25/3-82 від 10.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАПЕПТИЛ ДЕПО, порошок для суспензії для ін'єкцій по 3,75 мг; 1 попередньо заповнений шприц з порошком та 1 попередньо заповнений шприц по 1 мл з розчинником (декстран 70; полісорбат 80; натрію хлорид; натрію дигідрофосфат, дигідрат; 1 N розчин натрію гідроксиду; вода для ін'єкцій), маркування первинних упаковок українською мовою; з'єднувальний елемент, голки для ін'єкцій у картонній упаковці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Феррінг ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344509-25/B-147 від 10.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344509-25/B-147 від 10.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344509-25/B-147 від 10.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344509-25/B-147 від 10.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344509-25/B-147 від 10.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344509-25/B-147 від 10.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342813-25/В-116 від 13.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ, капсули по 25 мг по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342813-25/B-116 від 13.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ, капсули по 25 мг по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342813-25/B-116 від 13.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ, капсули по 25 мг по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343923-25/B-138 від 01.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИПРОФОЛ® ЕДТА, емульсія для інфузій, 10 мг/мл або по 20 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці; по 20 мл у флаконі; по 1 або 5, або по 10 флаконів у пачці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343923-25/B-138 від 01.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИПРОФОЛ® ЕДТА, емульсія для інфузій, 10 мг/мл або по 20 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці; по 20 мл у флаконі; по 1 або 5, або по 10 флаконів у пачці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343923-25/B-138 від 01.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИПРОФОЛ® ЕДТА, емульсія для інфузій, 10 мг/мл або по 20 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці; по 20 мл у флаконі; по 1 або 5, або по 10 флаконів у пачці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343923-25/B-138 від 01.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИПРОФОЛ® ЕДТА, емульсія для інфузій, 10 мг/мл або по 20 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці; по 20 мл у флаконі; по 1 або 5, або по 10 флаконів у пачці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343923-25/B-138 від 01.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИПРОФОЛ® ЕДТА, емульсія для інфузій, 10 мг/мл або по 20 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці; по 20 мл у флаконі; по 1 або 5, або по 10 флаконів у пачці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343923-25/B-138 від 01.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИПРОФОЛ® ЕДТА, емульсія для інфузій, 10 мг/мл або по 20 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці; по 20 мл у флаконі; по 1 або 5, або по 10 флаконів у пачці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335939-25/B-100 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКСИЦИКЛІН-ТЕВА, таблетки по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335939-25/B-100 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКСИЦИКЛІН-ТЕВА, таблетки по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335939-25/B-100 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКСИЦИКЛІН-ТЕВА, таблетки по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318458-24/B-132 від 09.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗІФУТ (БУЛО: ТЕРБІФУТ), крем 1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318458-24/В-132 від 09.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗІФУТ (БУЛО: ТЕРБІФУТ), крем 1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318458-24/В-132 від 09.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗІФУТ (БУЛО: ТЕРБІФУТ), крем 1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328452-24/B-06 від 19.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛІЗІУМ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328452-24/B-06 від 19.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛІЗІУМ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328452-24/B-06 від 19.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛІЗІУМ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339346-25/B-28 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМАВЕЙЛ, розчин для ін'єкцій, 10000 МО/мл або 4000 МО/мл, або 3000 МО/мл, або 2000 МО/мл по 1 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339346-25/B-28 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМАВЕЙЛ, розчин для ін'єкцій, 10000 МО/мл або 4000 МО/мл, або 3000 МО/мл, або 2000 МО/мл по 1 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339346-25/B-28 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМАВЕЙЛ, розчин для ін'єкцій, 10000 МО/мл або 4000 МО/мл, або 3000 МО/мл, або 2000 МО/мл по 1 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339346-25/B-28 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМАВЕЙЛ, розчин для ін'єкцій, 10000 МО/мл або 4000 МО/мл, або 3000 МО/мл, або 2000 МО/мл по 1 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339346-25/B-28 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМАВЕЙЛ, розчин для ін'єкцій, 10000 МО/мл або 4000 МО/мл, або 3000 МО/мл, або 2000 МО/мл по 1 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339346-25/B-28 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМАВЕЙЛ, розчин для ін'єкцій, 10000 МО/мл або 4000 МО/мл, або 3000 МО/мл, або 2000 МО/мл по 1 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339346-25/B-28 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМАВЕЙЛ, розчин для ін'єкцій, 10000 МО/мл або 4000 МО/мл, або 3000 МО/мл, або 2000 МО/мл по 1 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339346-25/B-28 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМАВЕЙЛ, розчин для ін'єкцій, 10000 МО/мл або 4000 МО/мл, або 3000 МО/мл, або 2000 МО/мл по 1 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339346-25/B-28 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМАВЕЙЛ, розчин для ін'єкцій, 10000 МО/мл або 4000 МО/мл, або 3000 МО/мл, або 2000 МО/мл по 1 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339270-25/3-138 від 12.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМЛА, крем; по 5 г у тубі; по 5 туб разом з 12 оклюзійними наклейками у картонній коробці; по 30 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339270-25/З-138 від 12.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМЛА, крем; по 5 г у тубі; по 5 туб разом з 12 оклюзійними наклейками у картонній коробці; по 30 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339270-25/З-138 від 12.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМЛА, крем; по 5 г у тубі; по 5 туб разом з 12 оклюзійними наклейками у картонній коробці; по 30 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332471-25/3-139 від 20.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМОДЕН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці; по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абрил Формулейшнз Пвт. Ltд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332471-25/З-139 від 20.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМОДЕН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці; по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абрил Формулейшнз Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332471-25/3-139 від 20.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕМОДЕН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці; по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абрил Формулейшнз Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338753-25/B-126 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНТЕРОЖЕРМІНА®, капсули; № 12, № 24 (12х2): по 12 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338753-25/B-126 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНТЕРОЖЕРМІНА®, капсули; № 12, № 24 (12х2): по 12 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338753-25/B-126 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНТЕРОЖЕРМІНА®, капсули; № 12, № 24 (12х2): по 12 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332062-25/B-28 від 13.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРІДЕЗ®, таблетки, що диспергуються у ротовій порожнині, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332062-25/B-28 від 13.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРІДЕЗ®, таблетки, що диспергуються у ротовій порожнині, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332062-25/B-28 від 13.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРІДЕЗ®, таблетки, що диспергуються у ротовій порожнині, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342047-25/3-96 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРОТЕКС ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг; по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342047-25/3-96 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРОТЕКС ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг; по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342047-25/3-96 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРОТЕКС ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг; по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342047-25/3-96 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРОТЕКС ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг; по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342047-25/3-96 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРОТЕКС ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг; по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342047-25/3-96 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРОТЕКС ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг; по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341098-25/3-146 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається;**<br>**розчин для ін'єкцій та інфузій, 25 мг/мл; по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341098-25/3-146 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається;**<br>**розчин для ін'єкцій та інфузій, 25 мг/мл; по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341098-25/3-146 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається;**<br>**розчин для ін'єкцій та інфузій, 25 мг/мл; по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341102-25/3-147 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій по 5 мг/ мл або по 25 мг/мл; по 5 мг/мл: по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається; по 25 мг/мл: по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341102-25/3-147 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій по 5 мг/ мл або по 25 мг/мл; по 5 мг/мл: по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається; по 25 мг/мл: по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341102-25/3-147 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій по 5 мг/ мл або по 25 мг/мл; по 5 мг/мл: по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається; по 25 мг/мл: по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341098-25/3-146 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається;**<br>**розчин для ін'єкцій та інфузій, 25 мг/мл; по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341098-25/3-146 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається;**<br>**розчин для ін'єкцій та інфузій, 25 мг/мл; по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341098-25/3-146 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається;**<br>**розчин для ін'єкцій та інфузій, 25 мг/мл; по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341102-25/3-147 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій по 5 мг/ мл або по 25 мг/мл; по 5 мг/мл: по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається; по 25 мг/мл: по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341102-25/3-147 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій по 5 мг/ мл або по 25 мг/мл; по 5 мг/мл: по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається; по 25 мг/мл: по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341102-25/3-147 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСКЕТАМІН КАЛЦЕКС , розчин для ін'єкцій та інфузій по 5 мг/ мл або по 25 мг/мл; по 5 мг/мл: по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається; по 25 мг/мл: по 2 мл і 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з контролем першого відкриття у вигляді самоклеючого стикеру на кожній частині пачки, що відкривається** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336663-25/3-144 від 23.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ECOM, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій 40 мг, по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336663-25/3-144 від 23.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ECOM, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій 40 мг, по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336663-25/3-144 від 23.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ECOM, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій 40 мг, по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **330712-25/3-128, 330713-25/3-128, 330714-25/3-128, 330715-25/3-128, 330716-25/3-128, 330717-25/3-128, 330718-25/3-128, 330719-25/3-128, 330720-25/3-128, 330721-25/3-128, 330722-25/3-128, 330723-25/3-128, 330724-25/3-128, 330725-25/3-128, 330726-25/3-128, 330727-25/3-128, 330728-25/3-128, 330729-25/3-128, 330730-25/3-128, 330731-25/3-128, 330732-25/3-128, 342497-25/3-128 від 24.01.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПУМІЗАН® L, краплі оральні, емульсія, 40 мг/мл; по 30 мл у флаконі із крапельницею-вставкою та пробкою; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **330712-25/З-128, 330713-25/З-128, 330714-25/З-128, 330715-25/З-128, 330716-25/З-128, 330717-25/З-128, 330718-25/З-128, 330719-25/З-128, 330720-25/З-128, 330721-25/З-128, 330722-25/З-128, 330723-25/З-128, 330724-25/З-128, 330725-25/З-128, 330726-25/З-128, 330727-25/З-128, 330728-25/З-128, 330729-25/З-128, 330730-25/З-128, 330731-25/З-128, 330732-25/З-128, 342497-25/З-128 від 24.01.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПУМІЗАН® L, краплі оральні, емульсія, 40 мг/мл; по 30 мл у флаконі із крапельницею-вставкою та пробкою; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **330712-25/З-128, 330713-25/З-128, 330714-25/З-128, 330715-25/З-128, 330716-25/З-128, 330717-25/З-128, 330718-25/З-128, 330719-25/З-128, 330720-25/З-128, 330721-25/З-128, 330722-25/З-128, 330723-25/З-128, 330724-25/З-128, 330725-25/З-128, 330726-25/З-128, 330727-25/З-128, 330728-25/З-128, 330729-25/З-128, 330730-25/З-128, 330731-25/З-128, 330732-25/З-128, 342497-25/З-128 від 24.01.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПУМІЗАН® L, краплі оральні, емульсія, 40 мг/мл; по 30 мл у флаконі із крапельницею-вставкою та пробкою; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339690-25/З-28 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕССЛІВЕР ФОРТЕ®, капсули по 10 капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Наброс Фарма Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339690-25/3-28 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕССЛІВЕР ФОРТЕ®, капсули по 10 капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Наброс Фарма Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339690-25/3-28 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕССЛІВЕР ФОРТЕ®, капсули по 10 капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Наброс Фарма Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310945-24/3-39 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРВЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 600 мг, по 30 таблеток у флаконах** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310945-24/3-39 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРВЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 600 мг, по 30 таблеток у флаконах** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310945-24/3-39 від 23.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФЕРВЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 600 мг, по 30 таблеток у флаконах** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308567-24/3-128 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗЕРЦЕПАК, порошок для концентрату для розчину для інфузій, по 150 мг у флаконі, по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308567-24/3-128 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗЕРЦЕПАК, порошок для концентрату для розчину для інфузій, по 150 мг у флаконі, по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308567-24/3-128 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗЕРЦЕПАК, порошок для концентрату для розчину для інфузій, по 150 мг у флаконі, по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341079-25/3-100 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗИНАЦЕФ®, порошок для розчину для ін'єкцій, по 750 мг; порошок для розчину для ін'єкцій, по 1,5 г; 1 флакон з порошком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341079-25/3-100 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗИНАЦЕФ®, порошок для розчину для ін'єкцій, по 750 мг; порошок для розчину для ін'єкцій, по 1,5 г; 1 флакон з порошком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341079-25/3-100 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗИНАЦЕФ®, порошок для розчину для ін'єкцій, по 750 мг; порошок для розчину для ін'єкцій, по 1,5 г; 1 флакон з порошком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341079-25/3-100 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗИНАЦЕФ®, порошок для розчину для ін'єкцій, по 750 мг; порошок для розчину для ін'єкцій, по 1,5 г; 1 флакон з порошком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341079-25/3-100 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗИНАЦЕФ®, порошок для розчину для ін'єкцій, по 750 мг; порошок для розчину для ін'єкцій, по 1,5 г; 1 флакон з порошком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341079-25/3-100 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗИНАЦЕФ®, порошок для розчину для ін'єкцій, по 750 мг; порошок для розчину для ін'єкцій, по 1,5 г; 1 флакон з порошком у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344769-25/B-147 від 15.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНГАЛІПТ-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ З РОМАШКОЮ, спрей для ротової порожнини; по 30 мл у балоні з клапаном-насосом, по 1 балону з насадкою-розпилювачем та захисним ковпачком у коробці з картону; по 50 мл у флаконі з захисним ковпачком; по 1 флакону з оральним розпилювальним пристроєм та захисним ковпачком у коробці з картону.**<br>**Маркування українською мовою.** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344769-25/B-147 від 15.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНГАЛІПТ-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ З РОМАШКОЮ, спрей для ротової порожнини; по 30 мл у балоні з клапаном-насосом, по 1 балону з насадкою-розпилювачем та захисним ковпачком у коробці з картону; по 50 мл у флаконі з захисним ковпачком; по 1 флакону з оральним розпилювальним пристроєм та захисним ковпачком у коробці з картону.**<br>**Маркування українською мовою.** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344769-25/B-147 від 15.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНГАЛІПТ-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ З РОМАШКОЮ, спрей для ротової порожнини; по 30 мл у балоні з клапаном-насосом, по 1 балону з насадкою-розпилювачем та захисним ковпачком у коробці з картону; по 50 мл у флаконі з захисним ковпачком; по 1 флакону з оральним розпилювальним пристроєм та захисним ковпачком у коробці з картону.**<br>**Маркування українською мовою.** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338452-25/B-28 від 28.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНГАЛІПТ-КМ, спрей по 30 мл у балоні з клапаном насосного типу; по 1 балону з розпилювачем та захисним ковпачком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338452-25/B-28 від 28.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНГАЛІПТ-КМ, спрей по 30 мл у балоні з клапаном насосного типу; по 1 балону з розпилювачем та захисним ковпачком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338452-25/B-28 від 28.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНГАЛІПТ-КМ, спрей по 30 мл у балоні з клапаном насосного типу; по 1 балону з розпилювачем та захисним ковпачком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342567-25/B-116 від 07.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНЛАКС®, тверді капсули по 250 мг; по 10 твердих капсул у блістері; по 1 блістеру у саше; по 1 саше у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342567-25/B-116 від 07.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНЛАКС®, тверді капсули по 250 мг; по 10 твердих капсул у блістері; по 1 блістеру у саше; по 1 саше у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342567-25/B-116 від 07.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНЛАКС®, тверді капсули по 250 мг; по 10 твердих капсул у блістері; по 1 блістеру у саше; по 1 саше у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345415-25/B-146 від 29.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФЛАМІН, супозиторії ректальні по 0,015 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345415-25/B-146 від 29.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФЛАМІН, супозиторії ректальні по 0,015 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345415-25/B-146 від 29.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФЛАМІН, супозиторії ректальні по 0,015 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326441-24/B-148, 326442-24/B-148, 326443-24/B-148, 326444-24/B-148, 326445-24/B-148, 326446-24/B-148, 326447-24/B-148, 326448-24/B-148, 326449-24/B-148 від 21.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРИНОСИНДАН, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 2 мл або 5 мл, або 15 мл, або 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326441-24/B-148, 326442-24/B-148, 326443-24/B-148, 326444-24/B-148, 326445-24/B-148, 326446-24/B-148, 326447-24/B-148, 326448-24/B-148, 326449-24/B-148 від 21.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРИНОСИНДАН, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 2 мл або 5 мл, або 15 мл, або 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326441-24/B-148, 326442-24/B-148, 326443-24/B-148, 326444-24/B-148, 326445-24/B-148, 326446-24/B-148, 326447-24/B-148, 326448-24/B-148, 326449-24/B-148 від 21.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІРИНОСИНДАН, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 2 мл або 5 мл, або 15 мл, або 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238893-20/3-60 від 15.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІТІРЕС СПАГ. ПЄКА, краплі оральні по 30мл, по 50мл у флаконі з крапельним дозатором; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238893-20/3-60 від 15.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІТІРЕС СПАГ. ПЄКА, краплі оральні по 30мл, по 50мл у флаконі з крапельним дозатором; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238893-20/3-60 від 15.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІТІРЕС СПАГ. ПЄКА, краплі оральні по 30мл, по 50мл у флаконі з крапельним дозатором; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334279-25/3-123 від 19.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІФЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334279-25/3-123 від 19.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІФЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334279-25/3-123 від 19.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІФЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343628-25/3-130 від 26.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНЕСПОР®, крем 1 % по 15 г в алюмінієвій тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343628-25/3-130 від 26.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНЕСПОР®, крем 1 % по 15 г в алюмінієвій тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343628-25/3-130 від 26.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНЕСПОР®, крем 1 % по 15 г в алюмінієвій тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343625-25/3-130 від 26.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНЕСПОР® НАБІР, мазь для зовнішнього застосування по 10 г у тубі зі смужками водостійкого пластиру № 15, скребком для нігтів № 1 у коробці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343625-25/3-130 від 26.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНЕСПОР® НАБІР, мазь для зовнішнього застосування по 10 г у тубі зі смужками водостійкого пластиру № 15, скребком для нігтів № 1 у коробці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343625-25/3-130 від 26.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНЕСПОР® НАБІР, мазь для зовнішнього застосування по 10 г у тубі зі смужками водостійкого пластиру № 15, скребком для нігтів № 1 у коробці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340511-25/З-148 від 03.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340511-25/3-148 від 03.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340511-25/3-148 від 03.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340511-25/З-148 від 03.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340511-25/3-148 від 03.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340511-25/3-148 від 03.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340511-25/З-148 від 03.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340511-25/3-148 від 03.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340511-25/3-148 від 03.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343115-25/B-138 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕБУТАМ®, концентрат для розчину для інфузій, 250 мг/20 мл; по 20 мл в ампулі, по 10 ампул у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343115-25/B-138 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕБУТАМ®, концентрат для розчину для інфузій, 250 мг/20 мл; по 20 мл в ампулі, по 10 ампул у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343115-25/B-138 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕБУТАМ®, концентрат для розчину для інфузій, 250 мг/20 мл; по 20 мл в ампулі, по 10 ампул у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337248-25/З-117, 337250-25/З-117, 337255-25/З-117 від 02.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОДИФЕН, гель, 50 мг/г; по 45 г в тубах по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337248-25/З-117, 337250-25/З-117, 337255-25/З-117 від 02.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОДИФЕН, гель, 50 мг/г; по 45 г в тубах по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337248-25/З-117, 337250-25/З-117, 337255-25/З-117 від 02.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОДИФЕН, гель, 50 мг/г; по 45 г в тубах по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342837-25/B-132 від 13.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОДЕТЕРП, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342837-25/B-132 від 13.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОДЕТЕРП, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342837-25/B-132 від 13.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОДЕТЕРП, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/3-130, 340390-25/3-130, 340391-25/3-130, 340392-25/3-130, 340393-25/3-130, 340394-25/3-130, 340395-25/3-130, 340396-25/3-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/3-130, 340390-25/3-130, 340391-25/3-130, 340392-25/3-130, 340393-25/3-130, 340394-25/3-130, 340395-25/3-130, 340396-25/3-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/3-130, 340390-25/3-130, 340391-25/3-130, 340392-25/3-130, 340393-25/3-130, 340394-25/3-130, 340395-25/3-130, 340396-25/3-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/3-130, 340390-25/3-130, 340391-25/3-130, 340392-25/3-130, 340393-25/3-130, 340394-25/3-130, 340395-25/3-130, 340396-25/3-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/3-130, 340390-25/3-130, 340391-25/3-130, 340392-25/3-130, 340393-25/3-130, 340394-25/3-130, 340395-25/3-130, 340396-25/3-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340389-25/З-130, 340390-25/З-130, 340391-25/З-130, 340392-25/З-130, 340393-25/З-130, 340394-25/З-130, 340395-25/З-130, 340396-25/З-130 від 02.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг, по 160 мг/12,5 мг, по 160 мг/25 мг, по 320 мг/12,5 мг, по 320 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339670-25/3-130, 339671-25/3-130, 339678-25/3-130, 339679-25/3-130, 339680-25/3-130, 339697-25/3-130 від 20.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КО-ДІОВАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг; по160 мг/12,5 мг; по 160 мг/25 мг; по 320 мг/12,5 мг; по 320 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340619-25/3-92, 340620-25/3-92 від 07.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІКІД®, суспензія оральна, 40 мг/мл; по 30 мл суспензії у скляному флаконі, флакон у картонній упаковці разом із шприцом-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340619-25/3-92, 340620-25/3-92 від 07.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІКІД®, суспензія оральна, 40 мг/мл; по 30 мл суспензії у скляному флаконі, флакон у картонній упаковці разом із шприцом-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340619-25/3-92, 340620-25/3-92 від 07.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІКІД®, суспензія оральна, 40 мг/мл; по 30 мл суспензії у скляному флаконі, флакон у картонній упаковці разом із шприцом-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340309-25/З-60, 340310-25/З-60, 340311-25/З-60, 340312-25/З-60, 344796-25/З-60 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 5 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340309-25/З-60, 340310-25/З-60, 340311-25/З-60, 340312-25/З-60, 344796-25/З-60 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 5 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340309-25/3-60, 340310-25/3-60, 340311-25/3-60, 340312-25/3-60, 344796-25/3-60 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 5 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340251-25/3-96, 340252-25/3-96, 340253-25/3-96, 340254-25/3-96, 340255-25/3-96 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним смаком або з малиновим смаком по 5 г порошку в саше, по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340251-25/3-96, 340252-25/3-96, 340253-25/3-96, 340254-25/3-96, 340255-25/3-96 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним смаком або з малиновим смаком по 5 г порошку в саше, по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340251-25/3-96, 340252-25/3-96, 340253-25/3-96, 340254-25/3-96, 340255-25/3-96 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним смаком або з малиновим смаком по 5 г порошку в саше, по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340309-25/З-60, 340310-25/З-60, 340311-25/З-60, 340312-25/З-60, 344796-25/З-60 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 5 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340309-25/З-60, 340310-25/З-60, 340311-25/З-60, 340312-25/З-60, 344796-25/З-60 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 5 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340309-25/3-60, 340310-25/3-60, 340311-25/3-60, 340312-25/3-60, 344796-25/3-60 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 5 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340251-25/3-96, 340252-25/3-96, 340253-25/3-96, 340254-25/3-96, 340255-25/3-96 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним смаком або з малиновим смаком по 5 г порошку в саше, по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340251-25/3-96, 340252-25/3-96, 340253-25/3-96, 340254-25/3-96, 340255-25/3-96 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним смаком або з малиновим смаком по 5 г порошку в саше, по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340251-25/3-96, 340252-25/3-96, 340253-25/3-96, 340254-25/3-96, 340255-25/3-96 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розчину з лимонним смаком або з малиновим смаком по 5 г порошку в саше, по 10 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343378-25/B-132 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРДЕРІЯ ТРІО, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг, по 4 мг/1,25 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 8 мг/2,5 мг/5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338383-25/З-149 від 26.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСЕЛЬЯНЗ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338383-25/З-149 від 26.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСЕЛЬЯНЗ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338383-25/З-149 від 26.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСЕЛЬЯНЗ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333690-25/3-117 від 10.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛАЗОЛ, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі з розпилювачем та захисним ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333690-25/З-117 від 10.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛАЗОЛ, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі з розпилювачем та захисним ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333690-25/З-117 від 10.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛАЗОЛ, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі з розпилювачем та захисним ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333691-25/З-117 від 10.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛАЗОЛ-КІДС, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі з розпилювачем та захисним ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333691-25/З-117 від 10.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛАЗОЛ-КІДС, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі з розпилювачем та захисним ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333691-25/З-117 від 10.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛАЗОЛ-КІДС, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі з розпилювачем та захисним ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344625-25/B-121 від 12.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КУРАЛІФ, ЕКСТРАКТ ПОВНОГО СПЕКТРУ (ВМІСТ ТГК 10 МГ/МЛ : КБД 10 МГ/МЛ), рідина (субстанція); у скляних флаконах по 30 мл** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМДИСТРИБ'ЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344625-25/В-121 від 12.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КУРАЛІФ, ЕКСТРАКТ ПОВНОГО СПЕКТРУ (ВМІСТ ТГК 10 МГ/МЛ : КБД 10 МГ/МЛ), рідина (субстанція); у скляних флаконах по 30 мл** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМДИСТРИБ'ЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344625-25/B-121 від 12.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КУРАЛІФ, ЕКСТРАКТ ПОВНОГО СПЕКТРУ (ВМІСТ ТГК 10 МГ/МЛ : КБД 10 МГ/МЛ), рідина (субстанція); у скляних флаконах по 30 мл** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМДИСТРИБ'ЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344626-25/B-145 від 12.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КУРАЛІФ, ЕКСТРАКТ ПОВНОГО СПЕКТРУ (ВМІСТ ТГК 25 МГ/МЛ : КБД 25 МГ/МЛ), рідина (субстанція) у скляних флаконах по 30 мл для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМДИСТРИБ'ЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344626-25/B-145 від 12.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КУРАЛІФ, ЕКСТРАКТ ПОВНОГО СПЕКТРУ (ВМІСТ ТГК 25 МГ/МЛ : КБД 25 МГ/МЛ), рідина (субстанція) у скляних флаконах по 30 мл для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМДИСТРИБ'ЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344626-25/B-145 від 12.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КУРАЛІФ, ЕКСТРАКТ ПОВНОГО СПЕКТРУ (ВМІСТ ТГК 25 МГ/МЛ : КБД 25 МГ/МЛ), рідина (субстанція) у скляних флаконах по 30 мл для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМДИСТРИБ'ЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344391-25/3-148 від 09.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАНВІС®, таблетки по 40 мг; по 25 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344391-25/3-148 від 09.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАНВІС®, таблетки по 40 мг; по 25 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344391-25/3-148 від 09.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАНВІС®, таблетки по 40 мг; по 25 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341794-25/B-138, 341795-25/B-138 від 24.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОКОМ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії, вкриті плівковою оболонкою, 200 мг/50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341794-25/B-138, 341795-25/B-138 від 24.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОКОМ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії, вкриті плівковою оболонкою, 200 мг/50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341794-25/B-138, 341795-25/B-138 від 24.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОКОМ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії, вкриті плівковою оболонкою, 200 мг/50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341126-25/3-148, 341127-25/3-148, 341128-25/3-148 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОМІН® 30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/0,15 мг; по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341126-25/З-148, 341127-25/З-148, 341128-25/З-148 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОМІН® 30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/0,15 мг; по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341126-25/З-148, 341127-25/З-148, 341128-25/З-148 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОМІН® 30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/0,15 мг; по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341505-25/B-60 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОСИМЕНДАН, порошок (субстанція); у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341505-25/B-60 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОСИМЕНДАН, порошок (субстанція); у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341505-25/B-60 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОСИМЕНДАН, порошок (субстанція); у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338388-25/B-45 від 27.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338388-25/В-45 від 27.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338388-25/В-45 від 27.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338388-25/B-45 від 27.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338388-25/В-45 від 27.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338388-25/В-45 від 27.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340512-25/З-148, 340513-25/З-148 від 03.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕТРОЗОЛ - ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340512-25/З-148, 340513-25/З-148 від 03.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕТРОЗОЛ - ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340512-25/З-148, 340513-25/З-148 від 03.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕТРОЗОЛ - ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340265-25/З-39 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІМІСТИН 20, ЛІМІСТИН 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340265-25/3-39 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІМІСТИН 20, ЛІМІСТИН 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340265-25/З-39 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІМІСТИН 20, ЛІМІСТИН 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340265-25/З-39 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІМІСТИН 20, ЛІМІСТИН 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340265-25/3-39 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІМІСТИН 20, ЛІМІСТИН 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340265-25/З-39 від 30.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІМІСТИН 20, ЛІМІСТИН 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322422-24/3-96 від 20.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІПОБОН, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 або по 9 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322422-24/3-96 від 20.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІПОБОН, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 або по 9 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322422-24/3-96 від 20.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІПОБОН, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 або по 9 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322654-24/3-28 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІПОБОН, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 або по 9 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322654-24/3-28 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІПОБОН, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 або по 9 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **322654-24/3-28 від 25.09.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІПОБОН, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 або по 9 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337901-25/B-145, 337902-25/B-145, 337904-25/B-145, 345546-25/B-145 від 19.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОРИНДЕН® А, мазь;**<br>**по 15 г в тубі; по 1 тубі в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337901-25/B-145, 337902-25/B-145, 337904-25/B-145, 345546-25/B-145 від 19.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОРИНДЕН® А, мазь;<br>по 15 г в тубі; по 1 тубі в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337901-25/B-145, 337902-25/B-145, 337904-25/B-145, 345546-25/B-145 від 19.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОРИНДЕН® А, мазь;<br>по 15 г в тубі; по 1 тубі в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339307-25/3-116 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАРКАЇН СПІНАЛ ХЕВІ, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл; по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339307-25/3-116 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАРКАЇН СПІНАЛ ХЕВІ, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл; по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339307-25/3-116 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАРКАЇН СПІНАЛ ХЕВІ, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл; по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340347-25/3-97, 340348-25/3-97, 340349-25/3-97, 340350-25/3-97, 344247-25/3-96, 344248-25/3-96 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕБСІН РЕТАРД®, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; in bulk: по 1000 капсул у пакетах** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340347-25/3-97, 340348-25/3-97, 340349-25/3-97, 340350-25/3-97, 344247-25/3-96, 344248-25/3-96 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕБСІН РЕТАРД®, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; in bulk: по 1000 капсул у пакетах** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340347-25/3-97, 340348-25/3-97, 340349-25/3-97, 340350-25/3-97, 344247-25/3-96, 344248-25/3-96 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕБСІН РЕТАРД®, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; in bulk: по 1000 капсул у пакетах** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340347-25/3-97, 340348-25/3-97, 340349-25/3-97, 340350-25/3-97, 344247-25/3-96, 344248-25/3-96 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕБСІН РЕТАРД®, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; in bulk: по 1000 капсул у пакетах** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340347-25/3-97, 340348-25/3-97, 340349-25/3-97, 340350-25/3-97, 344247-25/3-96, 344248-25/3-96 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕБСІН РЕТАРД®, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; in bulk: по 1000 капсул у пакетах** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340347-25/3-97, 340348-25/3-97, 340349-25/3-97, 340350-25/3-97, 344247-25/3-96, 344248-25/3-96 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕБСІН РЕТАРД®, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; in bulk: по 1000 капсул у пакетах** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339398-25/3-147, 339399-25/3-147, 339400-25/3-147, 339401-25/3-147 від 16.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАНТИН АСІНО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339398-25/З-147, 339399-25/З-147, 339400-25/З-147, 339401-25/З-147 від 16.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАНТИН АСІНО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339398-25/З-147, 339399-25/З-147, 339400-25/З-147, 339401-25/З-147 від 16.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАНТИН АСІНО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341149-25/3-144 від 14.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341149-25/3-144 від 14.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341149-25/3-144 від 14.07.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340078-25/B-117, 340079-25/B-117, 340808-25/B-117 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОБОЦИД, порошок для розчину для ін`єкцій по 500 мг або по 1000 мг, по 1 флакону з порошком в пачці з картону; по 1 флакону з порошком** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340078-25/B-117, 340079-25/B-117, 340808-25/B-117 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОБОЦИД, порошок для розчину для ін`єкцій по 500 мг або по 1000 мг, по 1 флакону з порошком в пачці з картону; по 1 флакону з порошком** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340078-25/B-117, 340079-25/B-117, 340808-25/B-117 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОБОЦИД, порошок для розчину для ін`єкцій по 500 мг або по 1000 мг, по 1 флакону з порошком в пачці з картону; по 1 флакону з порошком** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340078-25/B-117, 340079-25/B-117, 340808-25/B-117 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОБОЦИД, порошок для розчину для ін`єкцій по 500 мг або по 1000 мг, по 1 флакону з порошком в пачці з картону; по 1 флакону з порошком** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340078-25/B-117, 340079-25/B-117, 340808-25/B-117 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОБОЦИД, порошок для розчину для ін`єкцій по 500 мг або по 1000 мг, по 1 флакону з порошком в пачці з картону; по 1 флакону з порошком** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340078-25/B-117, 340079-25/B-117, 340808-25/B-117 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОБОЦИД, порошок для розчину для ін`єкцій по 500 мг або по 1000 мг, по 1 флакону з порошком в пачці з картону; по 1 флакону з порошком** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333166-25/3-45 від 28.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІДАЗОЛАМ КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій 5 мг/мл; по 1 мл або 3 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці (піддоні); по 1 або 2 контурні чарункові упаковки (піддони) в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333166-25/3-45 від 28.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІДАЗОЛАМ КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій 5 мг/мл; по 1 мл або 3 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці (піддоні); по 1 або 2 контурні чарункові упаковки (піддони) в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333166-25/3-45 від 28.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІДАЗОЛАМ КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій 5 мг/мл; по 1 мл або 3 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці (піддоні); по 1 або 2 контурні чарункові упаковки (піддони) в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344513-25/В-146 від 10.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 1 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344513-25/B-146 від 10.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 1 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344513-25/В-146 від 10.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 1 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341925-25/B-123 від 28.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; краплі назальні 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341925-25/B-123 від 28.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; краплі назальні 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341925-25/В-123 від 28.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; краплі назальні 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341925-25/B-123 від 28.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; краплі назальні 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341925-25/B-123 від 28.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; краплі назальні 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341925-25/В-123 від 28.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; краплі назальні 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325890-24/3-148 від 13.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІПОЛЕКС, таблетки по 10 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325890-24/3-148 від 13.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІПОЛЕКС, таблетки по 10 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **325890-24/3-148 від 13.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІПОЛЕКС, таблетки по 10 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344065-25/B-137 від 03.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІМІД®, таблетки по 100 мг;**<br>**для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 10 упаковок у картонній коробці**<br>**для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344065-25/B-137 від 03.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІМІД®, таблетки по 100 мг;**<br>**для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 10 упаковок у картонній коробці**<br>**для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344065-25/B-137 від 03.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІМІД®, таблетки по 100 мг;**<br>**для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 10 упаковок у картонній коробці**<br>**для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343944-25/3-118 від 02.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІФУРОКСАЗИД АЛКАЛОЇД, суспензія оральна, 200 мг/5 мл; по 90 мл у флаконі, по 1 флакону в комплекті з мірним стаканчиком в картонну коробку** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343944-25/3-118 від 02.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІФУРОКСАЗИД АЛКАЛОЇД, суспензія оральна, 200 мг/5 мл; по 90 мл у флаконі, по 1 флакону в комплекті з мірним стаканчиком в картонну коробку** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343944-25/3-118 від 02.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІФУРОКСАЗИД АЛКАЛОЇД, суспензія оральна, 200 мг/5 мл; по 90 мл у флаконі, по 1 флакону в комплекті з мірним стаканчиком в картонну коробку** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345227-25/3-145 від 24.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НООФЕН®, таблетки по 250 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці картонній** |
| **Заявник** | **АТ "Олфа", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345227-25/3-145 від 24.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НООФЕН®, таблетки по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці картонній** |
| **Заявник** | **АТ "Олфа", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345227-25/3-145 від 24.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НООФЕН®, таблетки по 250 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці картонній** |
| **Заявник** | **АТ "Олфа", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337744-25/B-96 від 14.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЗЕЛАР, розчин для інфузій та орального застосування, 20 мг/мл; по 1 мл в ампулах, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337744-25/B-96 від 14.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЗЕЛАР, розчин для інфузій та орального застосування, 20 мг/мл; по 1 мл в ампулах, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337744-25/B-96 від 14.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЗЕЛАР, розчин для інфузій та орального застосування, 20 мг/мл; по 1 мл в ампулах, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341783-25/3-147, 341784-25/3-147, 341785-25/3-147 від 24.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341783-25/3-147, 341784-25/3-147, 341785-25/3-147 від 24.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| Прийнято співробітником ВЛ | (дата) **__.__.2025** | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

| | | |
|---|---|---|
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341783-25/3-147, 341784-25/3-147, 341785-25/3-147 від 24.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| Прийнято співробітником | (дата) **__.__.2025** | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

| | | |
|---|---|---|
| ДКЕМ | | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341783-25/3-147, 341784-25/3-147, 341785-25/3-147 від 24.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341783-25/3-147, 341784-25/3-147, 341785-25/3-147 від 24.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| Прийнято співробітником ВЛ | (дата) **__.__.2025** | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

| | | |
|---|---|---|
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341783-25/3-147, 341784-25/3-147, 341785-25/3-147 від 24.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою** |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| Прийнято співробітником | (дата) **__.__.2025** | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

| | | |
|---|---|---|
| ДКЕМ | | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334782-25/B-116 від 26.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛАЗОЛЬ®, аерозоль, по 60 г у балоні з клапаном безперервної дії; по 1 балону з насадкою та захисним ковпачком в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334782-25/В-116 від 26.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛАЗОЛЬ®, аерозоль, по 60 г у балоні з клапаном безперервної дії; по 1 балону з насадкою та захисним ковпачком в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **334782-25/В-116 від 26.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛАЗОЛЬ®, аерозоль, по 60 г у балоні з клапаном безперервної дії; по 1 балону з насадкою та захисним ковпачком в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328379-24/3-124 від 18.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛІДЕТРИМ® ДЗ ФОРТЕ 50 000, капсули м'які по 50 000 МО; по 2, або 4, або 10 капсул у блістері; по 1 (№ 2х1 або № 4х1, або № 10х1) та 2 (№ 2х2) блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328379-24/3-124 від 18.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛІДЕТРИМ® ДЗ ФОРТЕ 50 000, капсули м'які по 50 000 МО; по 2, або 4, або 10 капсул у блістері; по 1 (№ 2х1 або № 4х1, або № 10х1) та 2 (№ 2х2) блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328379-24/3-124 від 18.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛІДЕТРИМ® ДЗ ФОРТЕ 50 000, капсули м'які по 50 000 МО; по 2, або 4, або 10 капсул у блістері; по 1 (№ 2х1 або № 4х1, або № 10х1) та 2 (№ 2х2) блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344067-25/3-137 від 03.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОМЛОС®, капсули з модифікованим вивільненням, тверді, по 0,4 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344067-25/3-137 від 03.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОМЛОС®, капсули з модифікованим вивільненням, тверді, по 0,4 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344067-25/3-137 від 03.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОМЛОС®, капсули з модифікованим вивільненням, тверді, по 0,4 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343031-25/З-146 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг та по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343031-25/3-146 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг та по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343031-25/3-146 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг та по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343031-25/З-146 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг та по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343031-25/3-146 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг та по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343031-25/3-146 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг та по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343376-25/B-137 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОПТИЦЕФ, гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; по 32 г гранул для приготування 60 мл суспензії у флаконі з брунатного скла, по 1 флакону разом із мірною ложкою в пачці; по 53 г гранул для приготування 100 мл суспензії у флаконі з брунатного скла, по 1 флакону разом із мірною ложкою в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Агрофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343376-25/В-137 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОПТИЦЕФ, гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; по 32 г гранул для приготування 60 мл суспензії у флаконі з брунатного скла, по 1 флакону разом із мірною ложкою в пачці; по 53 г гранул для приготування 100 мл суспензії у флаконі з брунатного скла, по 1 флакону разом із мірною ложкою в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Агрофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343376-25/B-137 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОПТИЦЕФ, гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; по 32 г гранул для приготування 60 мл суспензії у флаконі з брунатного скла, по 1 флакону разом із мірною ложкою в пачці; по 53 г гранул для приготування 100 мл суспензії у флаконі з брунатного скла, по 1 флакону разом із мірною ложкою в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Агрофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335052-25/3-149, 335053-25/3-149, 335054-25/3-149, 335055-25/3-149, 335056-25/3-149, 335057-25/3-149, 335058-25/3-149, 335059-25/3-149, 335060-25/3-149, 335061-25/3-149, 335062-25/3-149, 335063-25/3-149 від 31.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРГАЛУТРАН®, розчин для ін'єкцій, 0,5 мг/мл; по 0,5 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу разом з голкою з захисним ковпачком у відкритому пластиковому лотку; по 5 лотків у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335052-25/3-149, 335053-25/3-149, 335054-25/3-149, 335055-25/3-149, 335056-25/3-149, 335057-25/3-149, 335058-25/3-149, 335059-25/3-149, 335060-25/3-149, 335061-25/3-149, 335062-25/3-149, 335063-25/3-149 від 31.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРГАЛУТРАН®, розчин для ін'єкцій, 0,5 мг/мл; по 0,5 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу разом з голкою з захисним ковпачком у відкритому пластиковому лотку; по 5 лотків у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335052-25/3-149, 335053-25/3-149, 335054-25/3-149, 335055-25/3-149, 335056-25/3-149, 335057-25/3-149, 335058-25/3-149, 335059-25/3-149, 335060-25/3-149, 335061-25/3-149, 335062-25/3-149, 335063-25/3-149 від 31.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРГАЛУТРАН®, розчин для ін'єкцій, 0,5 мг/мл; по 0,5 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу разом з голкою з захисним ковпачком у відкритому пластиковому лотку; по 5 лотків у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336736-25/3-145 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНТЕНОЛ, мазь, 50 мг/г;**<br>**по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **"Хемофарм" АД, Республіка Сербія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336736-25/3-145 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНТЕНОЛ, мазь, 50 мг/г;<br>по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **"Хемофарм" АД, Республіка Сербія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336736-25/3-145 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНТЕНОЛ, мазь, 50 мг/г;<br>по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **"Хемофарм" АД, Республіка Сербія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337021-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г або по 2 г; по 1 г: по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; по 2 г: по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337021-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г або по 2 г; по 1 г: по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; по 2 г: по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337021-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г або по 2 г; по 1 г: по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; по 2 г: по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337021-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г або по 2 г; по 1 г: по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; по 2 г: по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337021-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г або по 2 г; по 1 г: по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; по 2 г: по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337021-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, гранули пролонгованої дії по 1 г або по 2 г; по 1 г: по 50, 100, або 150 пакетиків з гранулами у картонній коробці; по 2 г: по 60 пакетиків з гранулами у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337015-25/З-121 від 01.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, таблетки пролонгованої дії по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337015-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, таблетки пролонгованої дії по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337015-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, таблетки пролонгованої дії по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337020-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337020-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337020-25/3-121 від 01.05.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338203-25/B-117 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або по 1,0 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 150 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326867-24/3-143, 326868-24/3-143, 326869-24/3-143, 326870-24/3-143, 326871-24/3-143, 326872-24/3-143, 326873-24/3-143, 326874-24/3-143, 326875-24/3-143, 326876-24/3-143 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326867-24/3-143, 326868-24/3-143, 326869-24/3-143, 326870-24/3-143, 326871-24/3-143, 326872-24/3-143, 326873-24/3-143, 326874-24/3-143, 326875-24/3-143, 326876-24/3-143 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326867-24/3-143, 326868-24/3-143, 326869-24/3-143, 326870-24/3-143, 326871-24/3-143, 326872-24/3-143, 326873-24/3-143, 326874-24/3-143, 326875-24/3-143, 326876-24/3-143 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326867-24/3-143, 326868-24/3-143, 326869-24/3-143, 326870-24/3-143, 326871-24/3-143, 326872-24/3-143, 326873-24/3-143, 326874-24/3-143, 326875-24/3-143, 326876-24/3-143 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326867-24/3-143, 326868-24/3-143, 326869-24/3-143, 326870-24/3-143, 326871-24/3-143, 326872-24/3-143, 326873-24/3-143, 326874-24/3-143, 326875-24/3-143, 326876-24/3-143 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326867-24/3-143, 326868-24/3-143, 326869-24/3-143, 326870-24/3-143, 326871-24/3-143, 326872-24/3-143, 326873-24/3-143, 326874-24/3-143, 326875-24/3-143, 326876-24/3-143 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326867-24/3-143, 326868-24/3-143, 326869-24/3-143, 326870-24/3-143, 326871-24/3-143, 326872-24/3-143, 326873-24/3-143, 326874-24/3-143, 326875-24/3-143, 326876-24/3-143 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326867-24/3-143, 326868-24/3-143, 326869-24/3-143, 326870-24/3-143, 326871-24/3-143, 326872-24/3-143, 326873-24/3-143, 326874-24/3-143, 326875-24/3-143, 326876-24/3-143 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326867-24/3-143, 326868-24/3-143, 326869-24/3-143, 326870-24/3-143, 326871-24/3-143, 326872-24/3-143, 326873-24/3-143, 326874-24/3-143, 326875-24/3-143, 326876-24/3-143 від 27.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338451-25/В-28 від 28.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОСОЛ-КМ, спрей для ротової порожнини по 25 г у балоні; по 1 балону з розпилювачем та захисним ковпачком у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338451-25/B-28 від 28.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОСОЛ-КМ, спрей для ротової порожнини по 25 г у балоні; по 1 балону з розпилювачем та захисним ковпачком у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338451-25/B-28 від 28.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОПОСОЛ-КМ, спрей для ротової порожнини по 25 г у балоні; по 1 балону з розпилювачем та захисним ковпачком у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Стома", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341359-25/В-140 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАУНАТИН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5, або по 10 блістерів у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341359-25/В-140 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАУНАТИН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5, або по 10 блістерів у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341359-25/В-140 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАУНАТИН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5, або по 10 блістерів у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319874-24/В-45 від 30.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОФРИН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 0,4 мг/1,7 мл, по 1,7 мл у карпулах, по 10 карпул у блістері; по 1 або 5 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319874-24/В-45 від 30.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОФРИН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 0,4 мг/1,7 мл, по 1,7 мл у карпулах, по 10 карпул у блістері; по 1 або 5 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **319874-24/В-45 від 30.07.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОФРИН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 0,4 мг/1,7 мл, по 1,7 мл у карпулах, по 10 карпул у блістері; по 1 або 5 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341334-25/З-120 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИЗОСТИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 35 мг; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341334-25/3-120 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИЗОСТИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 35 мг; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341334-25/3-120 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИЗОСТИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 35 мг; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341506-25/3-60 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИСПЕТРИЛ, таблетки, вкриті оболонкою по 1 мг; по 60 таблеток у флаконах;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою по 2 мг; по 60 таблеток у флаконах;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці.;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою по 4 мг; по 60 таблеток у флаконах;** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341506-25/3-60 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИСПЕТРИЛ, таблетки, вкриті оболонкою по 1 мг; по 60 таблеток у флаконах;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою по 2 мг; по 60 таблеток у флаконах;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці.;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою по 4 мг; по 60 таблеток у флаконах;** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341506-25/3-60 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИСПЕТРИЛ, таблетки, вкриті оболонкою по 1 мг; по 60 таблеток у флаконах;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою по 2 мг; по 60 таблеток у флаконах;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці.;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою по 4 мг; по 60 таблеток у флаконах;** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341277-25/3-96, 341278-25/3-96, 341279-25/3-96, 341280-25/3-96, 341281-25/3-96 від 15.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОКУРОНІЙ КАБІ, розчин для ін'єкцій, по 10 мг/мл по 5 мл у скляному флаконі; по 5 або 10 флаконів у картонній коробці; по 10 мл у скляному флаконі; по 5 або 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341277-25/3-96, 341278-25/3-96, 341279-25/3-96, 341280-25/3-96, 341281-25/3-96 від 15.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОКУРОНІЙ КАБІ, розчин для ін'єкцій, по 10 мг/мл по 5 мл у скляному флаконі; по 5 або 10 флаконів у картонній коробці; по 10 мл у скляному флаконі; по 5 або 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341277-25/3-96, 341278-25/3-96, 341279-25/3-96, 341280-25/3-96, 341281-25/3-96 від 15.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОКУРОНІЙ КАБІ, розчин для ін'єкцій, по 10 мг/мл по 5 мл у скляному флаконі; по 5 або 10 флаконів у картонній коробці; по 10 мл у скляному флаконі; по 5 або 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326694-24/3-117, 340200-25/3-117 від 26.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОФАСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326694-24/3-117, 340200-25/3-117 від 26.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОФАСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326694-24/3-117, 340200-25/3-117 від 26.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОФАСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326694-24/3-117, 340200-25/3-117 від 26.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОФАСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326694-24/3-117, 340200-25/3-117 від 26.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОФАСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **326694-24/3-117, 340200-25/3-117 від 26.11.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОФАСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338674-25/З-140, 338675-25/З-140, 338677-25/З-140, 338678-25/З-140 від 03.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛОФАЛЬК, супозиторії ректальні по 500 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338674-25/З-140, 338675-25/З-140, 338677-25/З-140, 338678-25/З-140 від 03.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛОФАЛЬК, супозиторії ректальні по 500 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338674-25/З-140, 338675-25/З-140, 338677-25/З-140, 338678-25/З-140 від 03.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛОФАЛЬК, супозиторії ректальні по 500 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304121-23/3-97 від 31.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИРОП ПЕЛАРГОНІЇ ДОКТОР МОМ® (БУЛО: ТИЗИН®КОМПЛЕКС), сироп 20 мг/2,5 мл, по 100 мл сиропу у скляній пляшці; по 1 пляшці разом з мірною ложкою у картонній коробці** |
| **Заявник** | **МакНіл Продактс Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304121-23/3-97 від 31.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИРОП ПЕЛАРГОНІЇ ДОКТОР МОМ® (БУЛО: ТИЗИН®КОМПЛЕКС), сироп 20 мг/2,5 мл, по 100 мл сиропу у скляній пляшці; по 1 пляшці разом з мірною ложкою у картонній коробці** |
| **Заявник** | **МакНіл Продактс Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304121-23/3-97 від 31.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИРОП ПЕЛАРГОНІЇ ДОКТОР МОМ® (БУЛО: ТИЗИН®КОМПЛЕКС), сироп 20 мг/2,5 мл, по 100 мл сиропу у скляній пляшці; по 1 пляшці разом з мірною ложкою у картонній коробці** |
| **Заявник** | **МакНіл Продактс Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341415-25/3-100 від 17.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛЕДУМ® ДЛЯ ДІТЕЙ, гастрорезистентні капсули м`які, по 100 мг; по 20 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 25 капсул у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341415-25/3-100 від 17.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛЕДУМ® ДЛЯ ДІТЕЙ, гастрорезистентні капсули м`які, по 100 мг; по 20 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 25 капсул у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341415-25/3-100 від 17.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛЕДУМ® ДЛЯ ДІТЕЙ, гастрорезистентні капсули м`які, по 100 мг; по 20 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 25 капсул у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341369-25/3-61 від 17.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛЕДУМ® ФОРТЕ, гастрорезистентні капсули м`які, по 200 мг по 20 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 25 капсул у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341369-25/3-61 від 17.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛЕДУМ® ФОРТЕ, гастрорезистентні капсули м`які, по 200 мг по 20 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 25 капсул у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341369-25/3-61 від 17.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛЕДУМ® ФОРТЕ, гастрорезистентні капсули м`які, по 200 мг по 20 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 25 капсул у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343290-25/В-28 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНАПАКС®10 МГ, СОНАПАКС®25МГ, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343290-25/B-28 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНАПАКС®10 МГ, СОНАПАКС®25МГ, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343290-25/B-28 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНАПАКС®10 МГ, СОНАПАКС®25МГ, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343290-25/В-28 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНАПАКС®10 МГ, СОНАПАКС®25МГ, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343290-25/B-28 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНАПАКС®10 МГ, СОНАПАКС®25МГ, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343290-25/B-28 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНАПАКС®10 МГ, СОНАПАКС®25МГ, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341087-25/З-100 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТІВАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 28 таблеток у флаконі; по 3 флакони у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341087-25/3-100 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТІВАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 28 таблеток у флаконі; по 3 флакони у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341087-25/3-100 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТІВАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 28 таблеток у флаконі; по 3 флакони у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303651-23/3-128 від 25.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАПТІКОМ® БК, краплі очні, розчин; по 3 мл у флаконі з дозатором та кришкою з контролем першого відкриття; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сантен АТ, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303651-23/3-128 від 25.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАПТІКОМ® БК, краплі очні, розчин; по 3 мл у флаконі з дозатором та кришкою з контролем першого відкриття; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сантен АТ, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303651-23/3-128 від 25.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАПТІКОМ® БК, краплі очні, розчин; по 3 мл у флаконі з дозатором та кришкою з контролем першого відкриття; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сантен АТ, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **330665-25/3-150 від 24.01.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАХОКОМБ, Матриця для склеювання тканин; по 1 матриці розміром 2,5 см х 3,0 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці; по 1 матриці розміром 4,8 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 2 пакети в картонній коробці; по 1 матриці розміром 9,5 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці. Маркування блістеру українською та англійською або російською та казахською мовами. Маркування пакету та картонної коробки українською та англійською мовами.** |
| **Заявник** | **Корза Медікал ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **330665-25/З-150 від 24.01.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАХОКОМБ, Матриця для склеювання тканин; по 1 матриці розміром 2,5 см х 3,0 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці; по 1 матриці розміром 4,8 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 2 пакети в картонній коробці; по 1 матриці розміром 9,5 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці. Маркування блістеру українською та англійською або російською та казахською мовами. Маркування пакету та картонної коробки українською та англійською мовами.** |
| **Заявник** | **Корза Медікал ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **330665-25/З-150 від 24.01.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАХОКОМБ, Матриця для склеювання тканин; по 1 матриці розміром 2,5 см х 3,0 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці; по 1 матриці розміром 4,8 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 2 пакети в картонній коробці; по 1 матриці розміром 9,5 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці. Маркування блістеру українською та англійською або російською та казахською мовами. Маркування пакету та картонної коробки українською та англійською мовами.** |
| **Заявник** | **Корза Медікал ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342250-25/3-116, 342254-25/3-116, 342256-25/3-116 від 31.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИГАЛАНТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері, по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342250-25/З-116, 342254-25/З-116, 342256-25/З-116 від 31.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИГАЛАНТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері, по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342250-25/З-116, 342254-25/З-116, 342256-25/З-116 від 31.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИГАЛАНТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері, по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338505-25/3-140 від 29.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАВАТАН®, краплі очні, 40 мкг/мл по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 або по 3 флакони-крапельниці в проміжній упаковці з фольги в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338505-25/3-140 від 29.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАВАТАН®, краплі очні, 40 мкг/мл по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 або по 3 флакони-крапельниці в проміжній упаковці з фольги в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338505-25/3-140 від 29.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАВАТАН®, краплі очні, 40 мкг/мл по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 або по 3 флакони-крапельниці в проміжній упаковці з фольги в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341634-25/B-120, 341635-25/B-120 від 22.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг;**<br>**таблетки по 4 мг/1,25 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/10 мг;**<br>**таблетки по 8 мг/2,5 мг/5 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341332-25/З-120 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИКАСАЙД, капсули по 500 мг;<br>по 15 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці<br>по 30 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341332-25/З-120 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИКАСАЙД, капсули по 500 мг;<br>по 15 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці<br>по 30 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341332-25/З-120 від 16.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИКАСАЙД, капсули по 500 мг;<br>по 15 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці<br>по 30 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343089-25/З-152 від 18.08.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343089-25/З-152 від 18.08.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343089-25/З-152 від 18.08.2025** |
| **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** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307731-23/3-97 від 25.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТУТУКОН, розчин оральний, по 300 мл або по 600 мл у поліпропіленовому флаконі; по 1 флакону разом з пластиковим мірним стаканчиком у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Гранд Медикал Груп АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307731-23/3-97 від 25.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТУТУКОН, розчин оральний, по 300 мл або по 600 мл у поліпропіленовому флаконі; по 1 флакону разом з пластиковим мірним стаканчиком у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Гранд Медикал Груп АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307731-23/3-97 від 25.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТУТУКОН, розчин оральний, по 300 мл або по 600 мл у поліпропіленовому флаконі; по 1 флакону разом з пластиковим мірним стаканчиком у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Гранд Медикал Груп АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338125-25/3-144, 338126-25/3-144, 338127-25/3-144, 338128-25/3-144 від 21.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УМАН КОМПЛЕКС 500 МО/20МЛ, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/20 мл; 1 флакон з порошком (500 МО) разом з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій, 20 мл) та набором для розчинення і введення у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Кедріон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338125-25/З-144, 338126-25/З-144, 338127-25/З-144, 338128-25/З-144 від 21.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УМАН КОМПЛЕКС 500 МО/20МЛ, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/20 мл; 1 флакон з порошком (500 МО) разом з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій, 20 мл) та набором для розчинення і введення у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Кедріон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338125-25/З-144, 338126-25/З-144, 338127-25/З-144, 338128-25/З-144 від 21.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УМАН КОМПЛЕКС 500 МО/20МЛ, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/20 мл; 1 флакон з порошком (500 МО) разом з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій, 20 мл) та набором для розчинення і введення у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Кедріон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341489-25/3-130 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕВАРИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 100 мг**<br>**по 15 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці;**<br>**по 20 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341489-25/З-130 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕВАРИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 100 мг**<br>**по 15 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці;**<br>**по 20 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341489-25/З-130 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕВАРИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 100 мг**<br>**по 15 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці;**<br>**по 20 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341489-25/3-130 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕВАРИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 100 мг**<br>**по 15 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці;**<br>**по 20 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341489-25/З-130 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕВАРИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 100 мг**<br>**по 15 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці;**<br>**по 20 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341489-25/З-130 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕВАРИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 100 мг**<br>**по 15 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці;**<br>**по 20 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339812-25/3-60 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІБРИНАЗА-10; ФІБРИНАЗА-20, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 10 мг;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 20 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів у картонній пачці;** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339812-25/3-60 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІБРИНАЗА-10; ФІБРИНАЗА-20, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 10 мг;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 20 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів у картонній пачці;** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339812-25/3-60 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІБРИНАЗА-10; ФІБРИНАЗА-20, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 10 мг;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 20 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів у картонній пачці;** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339812-25/3-60 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІБРИНАЗА-10; ФІБРИНАЗА-20, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 10 мг;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 20 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів у картонній пачці;** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339812-25/3-60 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІБРИНАЗА-10; ФІБРИНАЗА-20, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 10 мг;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 20 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів у картонній пачці;** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339812-25/3-60 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІБРИНАЗА-10; ФІБРИНАЗА-20, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 10 мг;**<br>**таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 20 мг;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів у картонній пачці;** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339988-25/3-45 від 25.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНГОЛІМОД-ВІСТА, капсули по 0,5 мг, по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339988-25/3-45 від 25.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНГОЛІМОД-ВІСТА, капсули по 0,5 мг, по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339988-25/3-45 від 25.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНГОЛІМОД-ВІСТА, капсули по 0,5 мг, по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343751-25/З-138 від 28.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНГОЛІМОД-ВІСТА, капсули по 0,5 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343751-25/3-138 від 28.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНГОЛІМОД-ВІСТА, капсули по 0,5 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343751-25/3-138 від 28.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНГОЛІМОД-ВІСТА, капсули по 0,5 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340540-25/З-121 від 04.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАРВОНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг/400 мг; по 28 таблеток у флаконі ; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340540-25/3-121 від 04.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАРВОНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг/400 мг; по 28 таблеток у флаконі ; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340540-25/3-121 від 04.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАРВОНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг/400 мг; по 28 таблеток у флаконі ; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342500-25/B-123, 342501-25/B-123 від 06.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХІНОФУЦИН, супозиторії вагінальні по 0,015 г; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері, по 180 блістерів у ящику; по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МОБІЛЬ МЕДІКАЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342500-25/B-123, 342501-25/B-123 від 06.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХІНОФУЦИН, супозиторії вагінальні по 0,015 г; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері, по 180 блістерів у ящику; по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МОБІЛЬ МЕДІКАЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342500-25/B-123, 342501-25/B-123 від 06.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХІНОФУЦИН, супозиторії вагінальні по 0,015 г; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері, по 180 блістерів у ящику; по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МОБІЛЬ МЕДІКАЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344253-25/3-138 від 05.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКЛОКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг : по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці; in bulk: № 7560 (14х540) таблеток: 14 таблеток у блістері; по 540 блістерів у картонній коробці та по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344253-25/3-138 від 05.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКЛОКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг : по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці; in bulk: № 7560 (14х540) таблеток: 14 таблеток у блістері; по 540 блістерів у картонній коробці та по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344253-25/3-138 від 05.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКЛОКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг : по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці; in bulk: № 7560 (14х540) таблеток: 14 таблеток у блістері; по 540 блістерів у картонній коробці та по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **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 | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344253-25/3-138 від 05.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКЛОКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг : по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці; in bulk: № 7560 (14х540) таблеток: 14 таблеток у блістері; по 540 блістерів у картонній коробці та по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344253-25/3-138 від 05.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКЛОКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг : по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці; in bulk: № 7560 (14х540) таблеток: 14 таблеток у блістері; по 540 блістерів у картонній коробці та по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344253-25/3-138 від 05.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКЛОКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг : по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці; in bulk: № 7560 (14х540) таблеток: 14 таблеток у блістері; по 540 блістерів у картонній коробці та по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістера у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341160-25/В-28 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНАТРОПИЛ®-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді, 400 мг/25 мг по 10 капсул у блістері; по 3 або по 6 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341160-25/B-28 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНАТРОПИЛ®-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді, 400 мг/25 мг по 10 капсул у блістері; по 3 або по 6 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341160-25/В-28 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНАТРОПИЛ®-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді, 400 мг/25 мг по 10 капсул у блістері; по 3 або по 6 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318022-24/З-98, 336183-25/З-126, 336858-25/З-140, 338377-25/З-126, 338714-25/З-147 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЮПЕРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма Сервісез АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318022-24/З-98, 336183-25/З-126, 336858-25/З-140, 338377-25/З-126, 338714-25/З-147 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЮПЕРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма Сервісез АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318022-24/З-98, 336183-25/З-126, 336858-25/З-140, 338377-25/З-126, 338714-25/З-147 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЮПЕРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма Сервісез АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318022-24/З-98, 336183-25/З-126, 336858-25/З-140, 338377-25/З-126, 338714-25/З-147 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЮПЕРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма Сервісез АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318022-24/З-98, 336183-25/З-126, 336858-25/З-140, 338377-25/З-126, 338714-25/З-147 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЮПЕРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма Сервісез АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318022-24/З-98, 336183-25/З-126, 336858-25/З-140, 338377-25/З-126, 338714-25/З-147 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЮПЕРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма Сервісез АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318022-24/З-98, 336183-25/З-126, 336858-25/З-140, 338377-25/З-126, 338714-25/З-147 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЮПЕРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма Сервісез АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318022-24/З-98, 336183-25/З-126, 336858-25/З-140, 338377-25/З-126, 338714-25/З-147 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЮПЕРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма Сервісез АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **318022-24/З-98, 336183-25/З-126, 336858-25/З-140, 338377-25/З-126, 338714-25/З-147 від 28.06.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЮПЕРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма Сервісез АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **19.11.2025 р. № 1748** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2025** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |