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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**362097-26/B-92 від 28.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-АРГІНІНУ L-АСПАРТАТ, порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**362097-26/B-92 від 28.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-АРГІНІНУ L-АСПАРТАТ, порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**362097-26/B-92 від 28.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-АРГІНІНУ L-АСПАРТАТ, порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358818-26/3-88 від 27.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДВАНТАН®, мазь 0,1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ЛЕО Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358818-26/3-88 від 27.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДВАНТАН®, мазь 0,1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ЛЕО Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358818-26/3-88 від 27.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДВАНТАН®, мазь 0,1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ЛЕО Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360572-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАЛЕПТОЛ, таблетки по 25 мг, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360572-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАЛЕПТОЛ, таблетки по 25 мг, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360572-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАЛЕПТОЛ, таблетки по 25 мг, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360572-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАЛЕПТОЛ, таблетки по 25 мг, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360572-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАЛЕПТОЛ, таблетки по 25 мг, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360572-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАЛЕПТОЛ, таблетки по 25 мг, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**361110-26/3-153 від 07.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙЛІЯ®, розчин для ін'єкцій, 114,3 мг/мл; по 0,263 мл у скляному флаконі; по 1 флакону з фільтрувальною голкою у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**361110-26/3-153 від 07.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙЛІЯ®, розчин для ін'єкцій, 114,3 мг/мл; по 0,263 мл у скляному флаконі; по 1 флакону з фільтрувальною голкою у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**361110-26/3-153 від 07.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙЛІЯ®, розчин для ін'єкцій, 114,3 мг/мл; по 0,263 мл у скляному флаконі; по 1 флакону з фільтрувальною голкою у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356361-26/B-126 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356361-26/B-126 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356361-26/B-126 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359247-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРЗИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359247-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРЗИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359247-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРЗИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359252-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРЗИН, краплі оральні, розчин, 5 мг/мл; по 20 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359252-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРЗИН, краплі оральні, розчин, 5 мг/мл; по 20 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359252-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРЗИН, краплі оральні, розчин, 5 мг/мл; по 20 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355084-26/3-146 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФА М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з модифікованим вивільненням по 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355084-26/3-146 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФА М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з модифікованим вивільненням по 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355084-26/3-146 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФА М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з модифікованим вивільненням по 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357534-26/B-28 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИПІПРАЗОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357534-26/B-28 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИПІПРАЗОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357534-26/B-28 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИПІПРАЗОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358579-26/3-120 від 22.05.2026**
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	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358579-26/3-120 від 22.05.2026**
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	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358579-26/3-120 від 22.05.2026**
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	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354958-26/B-120, 361244-26/B-120 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 50 мг** **таблетки по 100 мг** **по 10 таблеток у блістері; по 2, або 6, або 9, або 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354958-26/B-120, 361244-26/B-120 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 50 мг** **таблетки по 100 мг** **по 10 таблеток у блістері; по 2, або 6, або 9, або 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354958-26/B-120, 361244-26/B-120 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 50 мг** **таблетки по 100 мг** **по 10 таблеток у блістері; по 2, або 6, або 9, або 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354958-26/B-120, 361244-26/B-120 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 50 мг** **таблетки по 100 мг** **по 10 таблеток у блістері; по 2, або 6, або 9, або 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354958-26/B-120, 361244-26/B-120 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 50 мг** **таблетки по 100 мг** **по 10 таблеток у блістері; по 2, або 6, або 9, або 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354958-26/B-120, 361244-26/B-120 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 50 мг** **таблетки по 100 мг** **по 10 таблеток у блістері; по 2, або 6, або 9, або 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353845-26/B-147 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТРОГРЕЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353845-26/B-147 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТРОГРЕЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353845-26/B-147 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТРОГРЕЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360376-26/3-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360376-26/3-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360376-26/3-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360376-26/3-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360376-26/3-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360376-26/3-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353929-26/B-120 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353929-26/B-120 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353929-26/B-120 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356907-26/3-61 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК , мазь назальна, 2% по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується; по 1 тубі у картонній упаковці;** **in bulk: № 324 (1х324) туби: по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується, по 324 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356907-26/3-61 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК , мазь назальна, 2% по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується; по 1 тубі у картонній упаковці;** **in bulk: № 324 (1х324) туби: по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується, по 324 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356907-26/3-61 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК , мазь назальна, 2% по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується; по 1 тубі у картонній упаковці;** **in bulk: № 324 (1х324) туби: по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується, по 324 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356907-26/3-61 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК , мазь назальна, 2% по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується; по 1 тубі у картонній упаковці;** **in bulk: № 324 (1х324) туби: по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується, по 324 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356907-26/3-61 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК , мазь назальна, 2% по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується; по 1 тубі у картонній упаковці;** **in bulk: № 324 (1х324) туби: по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується, по 324 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356907-26/3-61 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК , мазь назальна, 2% по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується; по 1 тубі у картонній упаковці;** **in bulk: № 324 (1х324) туби: по 3 г в алюмінієвій тубі з наконечником та ковпачком, що нагвинчується, по 324 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358927-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАГІСТИН-КВ, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358927-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАГІСТИН-КВ, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358927-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАГІСТИН-КВ, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358927-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАГІСТИН-КВ, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358927-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАГІСТИН-КВ, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358927-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАГІСТИН-КВ, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358927-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАГІСТИН-КВ, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358927-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАГІСТИН-КВ, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358927-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАГІСТИН-КВ, таблетки по 8 мг або по 16 мг, або по 24 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359460-26/3-140 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАДИН®, розчин для зовнішнього та місцевого застосування 10 %; по 1000 мл у флаконах з крапельницею; по 30 або 120 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359460-26/3-140 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАДИН®, розчин для зовнішнього та місцевого застосування 10 %; по 1000 мл у флаконах з крапельницею; по 30 або 120 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359460-26/3-140 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАДИН®, розчин для зовнішнього та місцевого застосування 10 %; по 1000 мл у флаконах з крапельницею; по 30 або 120 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359561-26/3-126 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАДИН®, супозиторії вагінальні по 200 мг; по 7 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359561-26/3-126 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАДИН®, супозиторії вагінальні по 200 мг; по 7 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359561-26/3-126 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАДИН®, супозиторії вагінальні по 200 мг; по 7 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358062-26/B-145, 358063-26/B-145 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТИОЛ®, супозиторії ректальні; по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в пачці; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 250 блістерів у ящику**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358062-26/B-145, 358063-26/B-145 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТИОЛ®, супозиторії ректальні; по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в пачці; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 250 блістерів у ящику**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358062-26/B-145, 358063-26/B-145 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТИОЛ®, супозиторії ректальні; по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в пачці; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 250 блістерів у ящику**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358062-26/B-145, 358063-26/B-145 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТИОЛ®, супозиторії ректальні; по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в пачці; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 250 блістерів у ящику**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358062-26/B-145, 358063-26/B-145 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТИОЛ®, супозиторії ректальні; по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в пачці; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 250 блістерів у ящику**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358062-26/B-145, 358063-26/B-145 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТИОЛ®, супозиторії ректальні; по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в пачці; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 250 блістерів у ящику**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**311973-24/3-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТОПТИК® S, краплі очні 0,25 %; по 5 мл у флаконах-крапельницях; по 1 флакону-крапельниці в коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**311973-24/3-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТОПТИК® S, краплі очні 0,25 %; по 5 мл у флаконах-крапельницях; по 1 флакону-крапельниці в коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**311973-24/3-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТОПТИК® S, краплі очні 0,25 %; по 5 мл у флаконах-крапельницях; по 1 флакону-крапельниці в коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**341961-25/3-128 від 29.07.2025**
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 з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**341961-25/3-128 від 29.07.2025**
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 з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**341961-25/3-128 від 29.07.2025**
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 з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355693-26/3-140, 358822-26/3-88 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРАУНОДИН, розчин нашкірний, 7,5 %; по 100 мл у поліетиленових флаконах, по 250 мл у поліетиленових флаконах зі спрей-насосом; по 100 мл у поліетиленових флаконах, по 250 мл у поліетиленових флаконах зі спрей-насосом; по 20 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355693-26/3-140, 358822-26/3-88 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРАУНОДИН, розчин нашкірний, 7,5 %; по 100 мл у поліетиленових флаконах, по 250 мл у поліетиленових флаконах зі спрей-насосом; по 100 мл у поліетиленових флаконах, по 250 мл у поліетиленових флаконах зі спрей-насосом; по 20 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355693-26/3-140, 358822-26/3-88 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРАУНОДИН, розчин нашкірний, 7,5 %; по 100 мл у поліетиленових флаконах, по 250 мл у поліетиленових флаконах зі спрей-насосом; по 100 мл у поліетиленових флаконах, по 250 мл у поліетиленових флаконах зі спрей-насосом; по 20 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360358-26/B-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг, або 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360358-26/B-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг, або 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360358-26/B-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг, або 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360358-26/B-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг, або 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360358-26/B-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг, або 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360358-26/B-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг, або 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360358-26/B-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг, або 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360358-26/B-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг, або 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360358-26/B-28 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг, або 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**363676-26/3-123 від 25.08.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСІГРИП® ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ ТРИВАЛЕНТНА (ІНАКТИВОВАНА, З РОЗЩЕПЛЕНОГО ВІРУСУ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза); по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з прикріпленою голкою, що містить суспензію для ін'єкцій; по 1 або по 10 попередньо заповнених шприців у картонній коробці; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з окремою голкою, що містить суспензію для ін'єкцій; по 1 попередньо заповненому шприцу в комплекті з окремою голкою в картонній коробці; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з окремою голкою із захисним механізмом, що містить суспензію для ін'єкцій; по 1 попередньо заповненому шприцу в комплекті з окремою голкою із захисним механізмом у картонній коробці**
Заявник	**Санофі Вінтроп Індастрі, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**363676-26/3-123 від 25.08.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСІГРИП® ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ ТРИВАЛЕНТНА (ІНАКТИВОВАНА, З РОЗЩЕПЛЕНОГО ВІРУСУ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза); по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з прикріпленою голкою, що містить суспензію для ін'єкцій; по 1 або по 10 попередньо заповнених шприців у картонній коробці; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з окремою голкою, що містить суспензію для ін'єкцій; по 1 попередньо заповненому шприцу в комплекті з окремою голкою в картонній коробці; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з окремою голкою із захисним механізмом, що містить суспензію для ін'єкцій; по 1 попередньо заповненому шприцу в комплекті з окремою голкою із захисним механізмом у картонній коробці**
Заявник	**Санофі Вінтроп Індастрі, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**363676-26/3-123 від 25.08.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСІГРИП® ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ ТРИВАЛЕНТНА (ІНАКТИВОВАНА, З РОЗЩЕПЛЕНОГО ВІРУСУ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза); по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з прикріпленою голкою, що містить суспензію для ін'єкцій; по 1 або по 10 попередньо заповнених шприців у картонній коробці; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з окремою голкою, що містить суспензію для ін'єкцій; по 1 попередньо заповненому шприцу в комплекті з окремою голкою в картонній коробці; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з окремою голкою із захисним механізмом, що містить суспензію для ін'єкцій; по 1 попередньо заповненому шприцу в комплекті з окремою голкою із захисним механізмом у картонній коробці**
Заявник	**Санофі Вінтроп Індастрі, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356350-26/B-144 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕКАРД-ЗДОРОВ'Я, краплі оральні, розчин; по 20 мл або 50 мл у флаконі, укупореному пробкою-крапельницею і кришкою, у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356350-26/B-144 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕКАРД-ЗДОРОВ'Я, краплі оральні, розчин; по 20 мл або 50 мл у флаконі, укупореному пробкою-крапельницею і кришкою, у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356350-26/B-144 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕКАРД-ЗДОРОВ'Я, краплі оральні, розчин; по 20 мл або 50 мл у флаконі, укупореному пробкою-крапельницею і кришкою, у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358040-26/3-132, 358692-26/3-132 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг / 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358040-26/3-132, 358692-26/3-132 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг / 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358040-26/3-132, 358692-26/3-132 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг / 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358040-26/3-132, 358692-26/3-132 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг / 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358040-26/3-132, 358692-26/3-132 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг / 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358040-26/3-132, 358692-26/3-132 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг / 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358041-26/3-132, 358693-26/3-132 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг / 12,5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358041-26/3-132, 358693-26/3-132 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг / 12,5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358041-26/3-132, 358693-26/3-132 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг / 12,5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348382-25/З-126, 353692-26/З-128 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг; № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348382-25/3-126, 353692-26/3-128 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг; № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348382-25/З-126, 353692-26/З-128 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг; № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348382-25/З-126, 353692-26/З-128 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг; № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348382-25/3-126, 353692-26/3-128 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг; № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348382-25/З-126, 353692-26/З-128 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг; № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348382-25/З-126, 353692-26/З-128 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг; № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348382-25/3-126, 353692-26/3-128 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг; № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348382-25/З-126, 353692-26/З-128 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг; № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359703-26/B-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВИДАНОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359703-26/B-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВИДАНОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359703-26/B-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВИДАНОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359703-26/B-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВИДАНОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359703-26/B-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВИДАНОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359703-26/B-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВИДАНОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**362030-26/3-146 від 27.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІДОРА МІКРО , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3,0 мг/0,02 мг по 28 таблеток в блістері (21 таблетка рожевого кольору та 7 таблеток білого кольору); по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**362030-26/3-146 від 27.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІДОРА МІКРО , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3,0 мг/0,02 мг по 28 таблеток в блістері (21 таблетка рожевого кольору та 7 таблеток білого кольору); по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**362030-26/3-146 від 27.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІДОРА МІКРО , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3,0 мг/0,02 мг по 28 таблеток в блістері (21 таблетка рожевого кольору та 7 таблеток білого кольору); по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356013-26/3-61 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПА-МЕРЦ, гранулят, 3 г/5 г по 5 г у пакеті; по 30 або 50 або 100 пакетів у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356013-26/3-61 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПА-МЕРЦ, гранулят, 3 г/5 г по 5 г у пакеті; по 30 або 50 або 100 пакетів у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356013-26/3-61 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПА-МЕРЦ, гранулят, 3 г/5 г по 5 г у пакеті; по 30 або 50 або 100 пакетів у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360852-26/B-132, 360853-26/B-132 від 30.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІАЦИНТІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці; та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці;**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360852-26/B-132, 360853-26/B-132 від 30.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІАЦИНТІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці; та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці;**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360852-26/B-132, 360853-26/B-132 від 30.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІАЦИНТІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці; та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці;**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360852-26/B-132, 360853-26/B-132 від 30.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІАЦИНТІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці; та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці;**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360852-26/B-132, 360853-26/B-132 від 30.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІАЦИНТІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці; та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці;**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360852-26/B-132, 360853-26/B-132 від 30.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІАЦИНТІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці; та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці;**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356524-26/B-60, 356525-26/B-60 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 200 мл або 250 мл, або 400 мл, або 500 мл у пляшках полімерних**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356524-26/B-60, 356525-26/B-60 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 200 мл або 250 мл, або 400 мл, або 500 мл у пляшках полімерних**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356524-26/B-60, 356525-26/B-60 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 200 мл або 250 мл, або 400 мл, або 500 мл у пляшках полімерних**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348560-25/3-137 від 24.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛЕТІК, таблетки вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 10 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348560-25/3-137 від 24.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛЕТІК, таблетки вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 10 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348560-25/3-137 від 24.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛЕТІК, таблетки вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 10 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348560-25/3-137 від 24.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛЕТІК, таблетки вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 10 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348560-25/3-137 від 24.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛЕТІК, таблетки вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 10 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**348560-25/3-137 від 24.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛЕТІК, таблетки вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 10 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355447-26/B-117 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСА-ЗДОРОВ'Я, гель, по 12,5 мг/г по 50 г або по 100 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355447-26/B-117 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСА-ЗДОРОВ'Я, гель, по 12,5 мг/г по 50 г або по 100 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355447-26/B-117 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСА-ЗДОРОВ'Я, гель, по 12,5 мг/г по 50 г або по 100 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355342-26/B-60 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСКЕТОПРОФЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 1, 3, 5 або 10 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355342-26/B-60 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСКЕТОПРОФЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 1, 3, 5 або 10 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355342-26/B-60 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСКЕТОПРОФЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 1, 3, 5 або 10 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360137-26/B-145 від 18.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕОСТОН, капсули м'які, 20000 МО по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360137-26/B-145 від 18.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕОСТОН, капсули м'які, 20000 МО по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360137-26/B-145 від 18.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕОСТОН, капсули м'які, 20000 МО по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359002-26/3-116 від 01.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель, 1 мг/г по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359002-26/3-116 від 01.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель, 1 мг/г по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359002-26/3-116 від 01.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель, 1 мг/г по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359084-26/3-138 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С ГЕЛЬ, гель, по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359084-26/3-138 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С ГЕЛЬ, гель, по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359084-26/3-138 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С ГЕЛЬ, гель, по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359166-26/3-132 від 03.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С МС, гель, по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359166-26/3-132 від 03.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С МС, гель, по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359166-26/3-132 від 03.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С МС, гель, по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359450-26/B-137, 359451-26/B-137, 359452-26/B-137 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРКАСТ®, розчин для інфузій по 100 мл в пляшці; по 1 пляшці у пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359450-26/B-137, 359451-26/B-137, 359452-26/B-137 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРКАСТ®, розчин для інфузій по 100 мл в пляшці; по 1 пляшці у пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359450-26/B-137, 359451-26/B-137, 359452-26/B-137 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРКАСТ®, розчин для інфузій по 100 мл в пляшці; по 1 пляшці у пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**324232-24/З-149, 358812-26/З-128, 358813-26/З-128 від 27.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМОВЕЙТ, мазь 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**324232-24/З-149, 358812-26/З-128, 358813-26/З-128 від 27.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМОВЕЙТ, мазь 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**324232-24/З-149, 358812-26/З-128, 358813-26/З-128 від 27.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМОВЕЙТ, мазь 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339632-25/B-96, 339633-25/B-96, 339634-25/B-96, 339635-25/B-96, 339636-25/B-96 від 19.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОФЛАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339632-25/B-96, 339633-25/B-96, 339634-25/B-96, 339635-25/B-96, 339636-25/B-96 від 19.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОФЛАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339632-25/B-96, 339633-25/B-96, 339634-25/B-96, 339635-25/B-96, 339636-25/B-96 від 19.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОФЛАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**316678-24/3-137 від 07.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКЦЕФ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл порошок у флаконі об'ємом 50 мл або 100 мл; по 1 флакону у картонній упаковці разом з мірним стаканчиком для дозування води, необхідної для приготування суспензії для орального застосування, та шприцем-дозатором**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**316678-24/3-137 від 07.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКЦЕФ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл порошок у флаконі об'ємом 50 мл або 100 мл; по 1 флакону у картонній упаковці разом з мірним стаканчиком для дозування води, необхідної для приготування суспензії для орального застосування, та шприцем-дозатором**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**316678-24/3-137 від 07.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКЦЕФ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл порошок у флаконі об'ємом 50 мл або 100 мл; по 1 флакону у картонній упаковці разом з мірним стаканчиком для дозування води, необхідної для приготування суспензії для орального застосування, та шприцем-дозатором**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358777-26/3-116, 358778-26/3-116 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОМІЛІУМ ОДТ, таблетки, що диспергуються у ротовій порожнині, по 10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358777-26/3-116, 358778-26/3-116 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОМІЛІУМ ОДТ, таблетки, що диспергуються у ротовій порожнині, по 10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358777-26/3-116, 358778-26/3-116 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОМІЛІУМ ОДТ, таблетки, що диспергуються у ротовій порожнині, по 10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357375-26/3-132 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОПОЛО, концентрат для розчину для інфузій, ліпосомальний, 2 мг/мл; по 10 мл (20 мг) або 25 мл (50 мг) концентрату у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357375-26/3-132 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОПОЛО, концентрат для розчину для інфузій, ліпосомальний, 2 мг/мл; по 10 мл (20 мг) або 25 мл (50 мг) концентрату у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357375-26/3-132 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОПОЛО, концентрат для розчину для інфузій, ліпосомальний, 2 мг/мл; по 10 мл (20 мг) або 25 мл (50 мг) концентрату у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354001-26/3-100, 361305-26/3-100 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗОПТИК, краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл розчину у флаконі-крапельниці; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354001-26/3-100, 361305-26/3-100 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗОПТИК, краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл розчину у флаконі-крапельниці; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354001-26/3-100, 361305-26/3-100 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗОПТИК, краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл розчину у флаконі-крапельниці; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353876-26/3-123, 353877-26/3-123 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗОПТИК ЕКО, краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл розчину у флаконі-крапельниці, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353876-26/3-123, 353877-26/3-123 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗОПТИК ЕКО, краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл розчину у флаконі-крапельниці, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353876-26/3-123, 353877-26/3-123 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗОПТИК ЕКО, краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл розчину у флаконі-крапельниці, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351376-26/3-120 від 09.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУТАПРО, капсули м'які по 0,5 мг по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351376-26/3-120 від 09.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУТАПРО, капсули м'які по 0,5 мг по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351376-26/3-120 від 09.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУТАПРО, капсули м'які по 0,5 мг по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360425-26/3-149 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВРІСДІ®, порошок для орального розчину, по 0,75 мг/мл; порошок для орального розчину у скляній пляшці; по 1 пляшці у комплекті з 1 втискним адаптером для пляшки, 2 оральними шприцами для багаторазового використання об'ємом 1 мл (кожний у поліетиленовому пакетику), 2 оральними шприцами для багаторазового використання об'ємом 6 мл (кожний у поліетиленовому пакетику) та 1 оральним шприцом для багаторазового використання об'ємом 12 мл (у поліетиленовому пакетику), які вміщені у поліетиленовий пакет; 1 пляшка та 1 комплект вміщені у картонну коробку**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360425-26/3-149 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВРІСДІ®, порошок для орального розчину, по 0,75 мг/мл; порошок для орального розчину у скляній пляшці; по 1 пляшці у комплекті з 1 втискним адаптером для пляшки, 2 оральними шприцами для багаторазового використання об'ємом 1 мл (кожний у поліетиленовому пакетику), 2 оральними шприцами для багаторазового використання об'ємом 6 мл (кожний у поліетиленовому пакетику) та 1 оральним шприцом для багаторазового використання об'ємом 12 мл (у поліетиленовому пакетику), які вміщені у поліетиленовий пакет; 1 пляшка та 1 комплект вміщені у картонну коробку**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360425-26/3-149 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВРІСДІ®, порошок для орального розчину, по 0,75 мг/мл; порошок для орального розчину у скляній пляшці; по 1 пляшці у комплекті з 1 втискним адаптером для пляшки, 2 оральними шприцами для багаторазового використання об'ємом 1 мл (кожний у поліетиленовому пакетику), 2 оральними шприцами для багаторазового використання об'ємом 6 мл (кожний у поліетиленовому пакетику) та 1 оральним шприцом для багаторазового використання об'ємом 12 мл (у поліетиленовому пакетику), які вміщені у поліетиленовий пакет; 1 пляшка та 1 комплект вміщені у картонну коробку**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342391-25/B-82 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВРІСДІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342391-25/B-82 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВРІСДІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342391-25/B-82 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВРІСДІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359235-26/3-153 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГІЛОК®, таблетки по 25 мг, по 50 мг, по 100 мг; по 25 мг: по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 50 мг: по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 100 мг: по 30 або по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359235-26/3-153 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГІЛОК®, таблетки по 25 мг, по 50 мг, по 100 мг; по 25 мг: по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 50 мг: по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 100 мг: по 30 або по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359235-26/3-153 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГІЛОК®, таблетки по 25 мг, по 50 мг, по 100 мг; по 25 мг: по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 50 мг: по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 100 мг: по 30 або по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340811-25/З-118 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 20 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 3, або 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340811-25/3-118 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 20 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 3, або 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340811-25/3-118 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 20 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 3, або 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340812-25/3-118 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 10 мг/5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 3, або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340812-25/3-118 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 10 мг/5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 3, або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340812-25/3-118 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 10 мг/5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 3, або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340813-25/3-118 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 20 мг/5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340813-25/3-118 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 20 мг/5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340813-25/3-118 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 20 мг/5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360460-26/З-116 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул у блістері, по 2 або 4 блістери в картонній коробці; капсули тверді по 300 мг по 14 капсул у блістері, по 2 блістера в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360460-26/3-116 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул у блістері, по 2 або 4 блістери в картонній коробці; капсули тверді по 300 мг по 14 капсул у блістері, по 2 блістера в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360460-26/3-116 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул у блістері, по 2 або 4 блістери в картонній коробці; капсули тверді по 300 мг по 14 капсул у блістері, по 2 блістера в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360460-26/З-116 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул у блістері, по 2 або 4 блістери в картонній коробці; капсули тверді по 300 мг по 14 капсул у блістері, по 2 блістера в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360460-26/3-116 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул у блістері, по 2 або 4 блістери в картонній коробці; капсули тверді по 300 мг по 14 капсул у блістері, по 2 блістера в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360460-26/3-116 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул у блістері, по 2 або 4 блістери в картонній коробці; капсули тверді по 300 мг по 14 капсул у блістері, по 2 блістера в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360460-26/З-116 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул у блістері, по 2 або 4 блістери в картонній коробці; капсули тверді по 300 мг по 14 капсул у блістері, по 2 блістера в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360460-26/3-116 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул у блістері, по 2 або 4 блістери в картонній коробці; капсули тверді по 300 мг по 14 капсул у блістері, по 2 блістера в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360460-26/3-116 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул у блістері, по 2 або 4 блістери в картонній коробці; капсули тверді по 300 мг по 14 капсул у блістері, по 2 блістера в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353684-26/3-128, 353686-26/3-128 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 100 мг; таблетки пролонгованої дії по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353684-26/3-128, 353686-26/3-128 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 100 мг; таблетки пролонгованої дії по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353684-26/3-128, 353686-26/3-128 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 100 мг; таблетки пролонгованої дії по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353684-26/3-128, 353686-26/3-128 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 100 мг; таблетки пролонгованої дії по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353684-26/3-128, 353686-26/3-128 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 100 мг; таблетки пролонгованої дії по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353684-26/3-128, 353686-26/3-128 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 100 мг; таблетки пролонгованої дії по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356968-26/B-128 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМАПЛАГ®, розчин для ін'єкцій, по 15 000 ОД/мл; по 1 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356968-26/B-128 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМАПЛАГ®, розчин для ін'єкцій, по 15 000 ОД/мл; по 1 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356968-26/B-128 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМАПЛАГ®, розчин для ін'єкцій, по 15 000 ОД/мл; по 1 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362151-26/B-60 від 28.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПЛЕРЕНОН, кристали або кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362151-26/B-60 від 28.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПЛЕРЕНОН, кристали або кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362151-26/B-60 від 28.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПЛЕРЕНОН, кристали або кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360959-26/3-100 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРБІТУКС, розчин для інфузій, 5 мг/мл; по 20 мл або по 100 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360959-26/3-100 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРБІТУКС, розчин для інфузій, 5 мг/мл; по 20 мл або по 100 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360959-26/3-100 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРБІТУКС, розчин для інфузій, 5 мг/мл; по 20 мл або по 100 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357354-26/B-145 від 29.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМУ ОКСАЛАТ, порошок кристалічний (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357354-26/B-145 від 29.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМУ ОКСАЛАТ, порошок кристалічний (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357354-26/B-145 від 29.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМУ ОКСАЛАТ, порошок кристалічний (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358511-26/3-06, 358512-26/3-06 від 21.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ, капсули желатинові м'які по 200 мг;по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 1000 капсул у банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351375-26/3-120 від 09.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОІПРОСТ, капсули м'які по 0,5 мг по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351375-26/3-120 від 09.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОІПРОСТ, капсули м'які по 0,5 мг по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351375-26/3-120 від 09.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОІПРОСТ, капсули м'які по 0,5 мг по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360714-26/B-145, 360715-26/B-145, 360721-26/B-145, 360723-26/B-145, 360727-26/B-145, 360728-26/B-145, 360729-26/B-145 від 29.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУСТАТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; для дозування 50 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; для дозування 100 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 4 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360714-26/B-145, 360715-26/B-145, 360721-26/B-145, 360723-26/B-145, 360727-26/B-145, 360728-26/B-145, 360729-26/B-145 від 29.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУСТАТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; для дозування 50 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; для дозування 100 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 4 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360714-26/B-145, 360715-26/B-145, 360721-26/B-145, 360723-26/B-145, 360727-26/B-145, 360728-26/B-145, 360729-26/B-145 від 29.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУСТАТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; для дозування 50 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; для дозування 100 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 4 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360714-26/B-145, 360715-26/B-145, 360721-26/B-145, 360723-26/B-145, 360727-26/B-145, 360728-26/B-145, 360729-26/B-145 від 29.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУСТАТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; для дозування 50 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; для дозування 100 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 4 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360714-26/B-145, 360715-26/B-145, 360721-26/B-145, 360723-26/B-145, 360727-26/B-145, 360728-26/B-145, 360729-26/B-145 від 29.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУСТАТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; для дозування 50 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; для дозування 100 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 4 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360714-26/B-145, 360715-26/B-145, 360721-26/B-145, 360723-26/B-145, 360727-26/B-145, 360728-26/B-145, 360729-26/B-145 від 29.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУСТАТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; для дозування 50 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; для дозування 100 мг: по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 4 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351145-25/3-130, 351146-25/3-130 від 31.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛКВЕНС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 8 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 7 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351145-25/3-130, 351146-25/3-130 від 31.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛКВЕНС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 8 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 7 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351145-25/3-130, 351146-25/3-130 від 31.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛКВЕНС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 8 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 7 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359259-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬДІУМ®, капсули пролонгованої дії по 600 мг; по 50 або 100 капсул у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359259-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬДІУМ®, капсули пролонгованої дії по 600 мг; по 50 або 100 капсул у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359259-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬДІУМ®, капсули пролонгованої дії по 600 мг; по 50 або 100 капсул у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360048-26/3-28 від 17.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДИБІОТИК, краплі вушні по 5 мл у флаконі; по 1 флакону разом з піпеткою-ковпачком вкладеному у поліетиленовий пакетик у картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360048-26/3-28 від 17.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДИБІОТИК, краплі вушні по 5 мл у флаконі; по 1 флакону разом з піпеткою-ковпачком вкладеному у поліетиленовий пакетик у картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360048-26/3-28 від 17.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДИБІОТИК, краплі вушні по 5 мл у флаконі; по 1 флакону разом з піпеткою-ковпачком вкладеному у поліетиленовий пакетик у картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360024-26/3-148 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для зовнішнього застосування, 10 мг/1 мл, по 20 мл у флаконі з ковпачком з контролем першого відкриття; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360024-26/3-148 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для зовнішнього застосування, 10 мг/1 мл, по 20 мл у флаконі з ковпачком з контролем першого відкриття; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360024-26/3-148 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для зовнішнього застосування, 10 мг/1 мл, по 20 мл у флаконі з ковпачком з контролем першого відкриття; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360025-26/3-148 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для ротової порожнини 1 %, 15 мл у флаконі із пробкою-крапельницею та ковпачком з контролем першого відкриття; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360025-26/3-148 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для ротової порожнини 1 %, 15 мл у флаконі із пробкою-крапельницею та ковпачком з контролем першого відкриття; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360025-26/3-148 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для ротової порожнини 1 %, 15 мл у флаконі із пробкою-крапельницею та ковпачком з контролем першого відкриття; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359815-26/3-139 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАНІЛ, гранули 500 мг; по 1,5 г у саше по 10 або по 30 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1800 (1х1800) саше: по 1,5 г гранул у саше; по 1800 саше у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359815-26/3-139 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАНІЛ, гранули 500 мг; по 1,5 г у саше по 10 або по 30 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1800 (1х1800) саше: по 1,5 г гранул у саше; по 1800 саше у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359815-26/3-139 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАНІЛ, гранули 500 мг; по 1,5 г у саше по 10 або по 30 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1800 (1х1800) саше: по 1,5 г гранул у саше; по 1800 саше у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359815-26/3-139 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАНІЛ, гранули 500 мг; по 1,5 г у саше по 10 або по 30 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1800 (1х1800) саше: по 1,5 г гранул у саше; по 1800 саше у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359815-26/3-139 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАНІЛ, гранули 500 мг; по 1,5 г у саше по 10 або по 30 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1800 (1х1800) саше: по 1,5 г гранул у саше; по 1800 саше у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359815-26/3-139 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАНІЛ, гранули 500 мг; по 1,5 г у саше по 10 або по 30 саше у картонній упаковці; in bulk: № 1800 (1х1800) саше: по 1,5 г гранул у саше; по 1800 саше у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344446-25/B-139 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕЙДЕКС, розчин для ін'єкцій/інфузій, 50 мг/2 мл, по 2 мл в ампулах скляних; по 5 ампул у чарунковій упаковці, по 1, 2 або 10 чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344446-25/B-139 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕЙДЕКС, розчин для ін'єкцій/інфузій, 50 мг/2 мл, по 2 мл в ампулах скляних; по 5 ампул у чарунковій упаковці, по 1, 2 або 10 чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344446-25/B-139 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕЙДЕКС, розчин для ін'єкцій/інфузій, 50 мг/2 мл, по 2 мл в ампулах скляних; по 5 ампул у чарунковій упаковці, по 1, 2 або 10 чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354066-26/З-124 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕППРА®, розчин оральний, 100 мг/мл; по 300 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним пластиковим шприцом у пачці з картону**
Заявник	**ЮСБ Фарма С.А., Бельгія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354066-26/3-124 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕППРА®, розчин оральний, 100 мг/мл; по 300 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним пластиковим шприцом у пачці з картону**
Заявник	**ЮСБ Фарма С.А., Бельгія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354066-26/3-124 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕППРА®, розчин оральний, 100 мг/мл; по 300 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним пластиковим шприцом у пачці з картону**
Заявник	**ЮСБ Фарма С.А., Бельгія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358472-26/B-28, 358473-26/B-28 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТАЛЬГИН®, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358472-26/B-28, 358473-26/B-28 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТАЛЬГИН®, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358472-26/B-28, 358473-26/B-28 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТАЛЬГИН®, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358472-26/B-28, 358473-26/B-28 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТАЛЬГИН®, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358472-26/B-28, 358473-26/B-28 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТАЛЬГИН®, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358472-26/B-28, 358473-26/B-28 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТАЛЬГИН®, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359873-26/3-145 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь;** **по 60 мл або по 150 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359873-26/3-145 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь;** **по 60 мл або по 150 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359873-26/3-145 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь;** **по 60 мл або по 150 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358050-26/B-96, 359907-26/B-96 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФАН, крем 2 %, по 20 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; in bulk: по 20 г у тубі; по 144 туби в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358050-26/B-96, 359907-26/B-96 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФАН, крем 2 %, по 20 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; in bulk: по 20 г у тубі; по 144 туби в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358050-26/B-96, 359907-26/B-96 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФАН, крем 2 %, по 20 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; in bulk: по 20 г у тубі; по 144 туби в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358050-26/B-96, 359907-26/B-96 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФАН, крем 2 %, по 20 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; in bulk: по 20 г у тубі; по 144 туби в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358050-26/B-96, 359907-26/B-96 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФАН, крем 2 %, по 20 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; in bulk: по 20 г у тубі; по 144 туби в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358050-26/B-96, 359907-26/B-96 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФАН, крем 2 %, по 20 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; in bulk: по 20 г у тубі; по 144 туби в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356873-26/3-100 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФРАНІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у стрипі, по 5 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356873-26/3-100 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФРАНІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у стрипі, по 5 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356873-26/3-100 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФРАНІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у стрипі, по 5 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355525-26/3-144 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ДЕКСА®, таблетки, по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері із фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у паперовому конверті; по 20 паперових конвертів у груповій пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355525-26/3-144 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ДЕКСА®, таблетки, по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері із фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у паперовому конверті; по 20 паперових конвертів у груповій пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355525-26/3-144 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ДЕКСА®, таблетки, по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері із фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у паперовому конверті; по 20 паперових конвертів у груповій пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355525-26/3-144 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ДЕКСА®, таблетки, по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері із фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у паперовому конверті; по 20 паперових конвертів у груповій пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355525-26/3-144 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ДЕКСА®, таблетки, по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері із фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у паперовому конверті; по 20 паперових конвертів у груповій пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355525-26/3-144 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ДЕКСА®, таблетки, по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої і плівки полівінілхлоридної; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 20 пачок у груповій пачці з картону; по 8 таблеток у блістері з фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 пачок у груповій пачці з картону; по 4 таблетки у блістері із фольги алюмінієвої; по 1 блістеру у паперовому конверті; по 20 паперових конвертів у груповій пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360665-26/B-97 від 29.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОПАЦИЛ®, таблетки, по 6 або 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360665-26/B-97 від 29.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОПАЦИЛ®, таблетки, по 6 або 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360665-26/B-97 від 29.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОПАЦИЛ®, таблетки, по 6 або 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353687-26/3-137, 353688-26/3-137, 353689-26/3-137, 353690-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРСАВАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 24 мг/26 мг; по 49 мг/51 мг; по 97 мг/103 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці або по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353687-26/3-137, 353688-26/3-137, 353689-26/3-137, 353690-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРСАВАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 24 мг/26 мг; по 49 мг/51 мг; по 97 мг/103 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці або по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353687-26/3-137, 353688-26/3-137, 353689-26/3-137, 353690-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРСАВАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 24 мг/26 мг; по 49 мг/51 мг; по 97 мг/103 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці або по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353687-26/3-137, 353688-26/3-137, 353689-26/3-137, 353690-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРСАВАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 24 мг/26 мг; по 49 мг/51 мг; по 97 мг/103 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці або по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353687-26/3-137, 353688-26/3-137, 353689-26/3-137, 353690-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРСАВАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 24 мг/26 мг; по 49 мг/51 мг; по 97 мг/103 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці або по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353687-26/3-137, 353688-26/3-137, 353689-26/3-137, 353690-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРСАВАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 24 мг/26 мг; по 49 мг/51 мг; по 97 мг/103 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці або по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353687-26/3-137, 353688-26/3-137, 353689-26/3-137, 353690-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРСАВАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 24 мг/26 мг; по 49 мг/51 мг; по 97 мг/103 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці або по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353687-26/3-137, 353688-26/3-137, 353689-26/3-137, 353690-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРСАВАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 24 мг/26 мг; по 49 мг/51 мг; по 97 мг/103 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці або по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353687-26/3-137, 353688-26/3-137, 353689-26/3-137, 353690-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРСАВАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 24 мг/26 мг; по 49 мг/51 мг; по 97 мг/103 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці або по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359565-26/3-140 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕНПОЗИМ, Порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій, по 20 мг; №1: по 20 мг порошку для приготування концентрату для розчину для інфузій у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Санофі Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359565-26/3-140 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕНПОЗИМ, Порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій, по 20 мг; №1: по 20 мг порошку для приготування концентрату для розчину для інфузій у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Санофі Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359565-26/3-140 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕНПОЗИМ, Порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій, по 20 мг; №1: по 20 мг порошку для приготування концентрату для розчину для інфузій у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Санофі Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359702-26/3-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЕН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 4 або по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 40 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 120 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359702-26/3-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЕН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 4 або по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 40 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 120 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359702-26/3-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЕН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 4 або по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 40 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 120 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359702-26/3-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЕН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 4 або по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 40 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 120 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359702-26/3-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЕН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 4 або по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 40 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 120 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359702-26/3-138 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЕН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 4 або по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 40 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 120 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336563-25/B-117, 336564-25/B-117, 340569-25/B-148 від 22.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336563-25/B-117, 336564-25/B-117, 340569-25/B-148 від 22.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336563-25/B-117, 336564-25/B-117, 340569-25/B-148 від 22.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336563-25/B-117, 336564-25/B-117, 340569-25/B-148 від 22.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336563-25/B-117, 336564-25/B-117, 340569-25/B-148 від 22.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336563-25/B-117, 336564-25/B-117, 340569-25/B-148 від 22.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355151-26/B-61 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕГКОЛАКС, Виробник ПАТ "Київмедпрепарат":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 150 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 300 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці;** **Виробник ТОВ "МАРІФАРМ":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355151-26/B-61 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕГКОЛАКС, Виробник ПАТ "Київмедпрепарат":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 150 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 300 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці;** **Виробник ТОВ "МАРІФАРМ":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355151-26/B-61 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕГКОЛАКС, Виробник ПАТ "Київмедпрепарат":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 150 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 300 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці;** **Виробник ТОВ "МАРІФАРМ":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355151-26/B-61 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕГКОЛАКС, Виробник ПАТ "Київмедпрепарат":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 150 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 300 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці;** **Виробник ТОВ "МАРІФАРМ":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355151-26/B-61 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕГКОЛАКС, Виробник ПАТ "Київмедпрепарат":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 150 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 300 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці;** **Виробник ТОВ "МАРІФАРМ":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355151-26/B-61 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕГКОЛАКС, Виробник ПАТ "Київмедпрепарат":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 150 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; по 300 г у банці; по 1 банці з мірною ложкою в пачці;** **Виробник ТОВ "МАРІФАРМ":** **порошок для орального розчину по 4,0 г; по 4 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці; порошок для орального розчину по 10,0 г; по 10 г в пакеті-саше; по 4 або 10 або 20 пакетів-саше у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361012-26/3-96 від 06.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; для 100 мг: по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; для 200 мг: по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361012-26/3-96 від 06.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; для 100 мг: по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; для 200 мг: по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361012-26/3-96 від 06.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; для 100 мг: по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; для 200 мг: по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361012-26/3-96 від 06.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; для 100 мг: по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; для 200 мг: по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361012-26/3-96 від 06.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; для 100 мг: по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; для 200 мг: по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361012-26/3-96 від 06.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; для 100 мг: по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; для 200 мг: по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356139-26/3-126 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНЗЕТТО®, спрей трансдермальний, розчин, 1,53 мг/дозу; по 6,5 мл розчину (56 доз) у скляному флаконі, який забезпечений дозуючим насосом з розпилювачем і активатором; по 1 флакону в аплікаторі з конічним купольним отвором, що закривається кришкою, яка має з внутрішньої сторони поглинаючу прокладку; по 1 аплікатору в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356139-26/3-126 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНЗЕТТО®, спрей трансдермальний, розчин, 1,53 мг/дозу; по 6,5 мл розчину (56 доз) у скляному флаконі, який забезпечений дозуючим насосом з розпилювачем і активатором; по 1 флакону в аплікаторі з конічним купольним отвором, що закривається кришкою, яка має з внутрішньої сторони поглинаючу прокладку; по 1 аплікатору в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356139-26/3-126 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНЗЕТТО®, спрей трансдермальний, розчин, 1,53 мг/дозу; по 6,5 мл розчину (56 доз) у скляному флаконі, який забезпечений дозуючим насосом з розпилювачем і активатором; по 1 флакону в аплікаторі з конічним купольним отвором, що закривається кришкою, яка має з внутрішньої сторони поглинаючу прокладку; по 1 аплікатору в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356880-26/3-138 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг, або 1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356880-26/3-138 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг, або 1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356880-26/3-138 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг, або 1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356880-26/3-138 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг, або 1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356880-26/3-138 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг, або 1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356880-26/3-138 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг, або 1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356880-26/3-138 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг, або 1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356880-26/3-138 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг, або 1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356880-26/3-138 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг, або 1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359425-26/3-147 від 08.06.2026**
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	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359425-26/3-147 від 08.06.2026**
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	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359425-26/3-147 від 08.06.2026**
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	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357655-26/3-117 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІФЕЛА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг; по 10 таблеток в блістері, по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357655-26/3-117 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІФЕЛА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг; по 10 таблеток в блістері, по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357655-26/3-117 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІФЕЛА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг; по 10 таблеток в блістері, по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357656-26/3-117 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІФЕЛЕЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг/10 мг; по 10 таблеток в блістері, по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357656-26/3-117 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІФЕЛЕЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг/10 мг; по 10 таблеток в блістері, по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357656-26/3-117 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІФЕЛЕЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг/10 мг; по 10 таблеток в блістері, по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**328946-24/3-100 від 26.12.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУМІГАН®, краплі очні, розчин, 0,1 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній пачці**
Заявник	**Еббві Дойчленд ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**328946-24/3-100 від 26.12.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУМІГАН®, краплі очні, розчин, 0,1 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній пачці**
Заявник	**Еббві Дойчленд ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**328946-24/3-100 від 26.12.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУМІГАН®, краплі очні, розчин, 0,1 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній пачці**
Заявник	**Еббві Дойчленд ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359401-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 60 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 30 таблеток у скляних флаконах; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1200 мг; по 20 таблеток у скляних флаконах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359401-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 60 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 30 таблеток у скляних флаконах; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1200 мг; по 20 таблеток у скляних флаконах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359401-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 60 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 30 таблеток у скляних флаконах; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1200 мг; по 20 таблеток у скляних флаконах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359398-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, розчин для ін'єкцій, 200 мг/мл; по 5 мл (1 г) в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 мл (3 г) в ампулі; по 4 ампули в блістері; по 1 або по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359398-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, розчин для ін'єкцій, 200 мг/мл; по 5 мл (1 г) в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 мл (3 г) в ампулі; по 4 ампули в блістері; по 1 або по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359398-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, розчин для ін'єкцій, 200 мг/мл; по 5 мл (1 г) в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 мл (3 г) в ампулі; по 4 ампули в блістері; по 1 або по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359401-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 60 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 30 таблеток у скляних флаконах; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1200 мг; по 20 таблеток у скляних флаконах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359401-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 60 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 30 таблеток у скляних флаконах; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1200 мг; по 20 таблеток у скляних флаконах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359401-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 60 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 30 таблеток у скляних флаконах; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1200 мг; по 20 таблеток у скляних флаконах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359401-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 60 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 30 таблеток у скляних флаконах; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1200 мг; по 20 таблеток у скляних флаконах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359401-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 60 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 30 таблеток у скляних флаконах; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1200 мг; по 20 таблеток у скляних флаконах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359401-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛУЦЕТАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 60 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 30 таблеток у скляних флаконах; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1200 мг; по 20 таблеток у скляних флаконах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360389-26/B-145 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР ІС 300, таблетки по 0,3 г; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360389-26/B-145 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР ІС 300, таблетки по 0,3 г; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360389-26/B-145 від 23.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР ІС 300, таблетки по 0,3 г; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357606-26/B-96 від 05.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ-КВ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357606-26/B-96 від 05.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ-КВ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357606-26/B-96 від 05.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ-КВ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357606-26/B-96 від 05.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ-КВ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357606-26/B-96 від 05.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ-КВ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357606-26/B-96 від 05.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ-КВ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349063-25/3-148, 349066-25/3-148, 352120-26/3-06, 352121-26/3-06, 353014-26/3-148, 353015-26/3-148, 353016-26/3-148, 356225-26/3-148, 356226-26/3-148 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКТАМ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349063-25/3-148, 349066-25/3-148, 352120-26/3-06, 352121-26/3-06, 353014-26/3-148, 353015-26/3-148, 353016-26/3-148, 356225-26/3-148, 356226-26/3-148 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКТАМ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349063-25/3-148, 349066-25/3-148, 352120-26/3-06, 352121-26/3-06, 353014-26/3-148, 353015-26/3-148, 353016-26/3-148, 356225-26/3-148, 356226-26/3-148 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКТАМ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349063-25/3-148, 349066-25/3-148, 352120-26/3-06, 352121-26/3-06, 353014-26/3-148, 353015-26/3-148, 353016-26/3-148, 356225-26/3-148, 356226-26/3-148 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКТАМ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349063-25/3-148, 349066-25/3-148, 352120-26/3-06, 352121-26/3-06, 353014-26/3-148, 353015-26/3-148, 353016-26/3-148, 356225-26/3-148, 356226-26/3-148 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКТАМ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349063-25/3-148, 349066-25/3-148, 352120-26/3-06, 352121-26/3-06, 353014-26/3-148, 353015-26/3-148, 353016-26/3-148, 356225-26/3-148, 356226-26/3-148 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКТАМ, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351928-26/3-116 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАКАРТИН, розчин оральний 2 г/10 мл по 10 мл у флаконах; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351928-26/3-116 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАКАРТИН, розчин оральний 2 г/10 мл по 10 мл у флаконах; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351928-26/3-116 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАКАРТИН, розчин оральний 2 г/10 мл по 10 мл у флаконах; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345665-25/B-137 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФАРМАК, таблетки по 4 мг або по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345665-25/B-137 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФАРМАК, таблетки по 4 мг або по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345665-25/B-137 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФАРМАК, таблетки по 4 мг або по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345665-25/B-137 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФАРМАК, таблетки по 4 мг або по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345665-25/B-137 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФАРМАК, таблетки по 4 мг або по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345665-25/B-137 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФАРМАК, таблетки по 4 мг або по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**332249-25/3-139, 332252-25/3-139 від 17.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки по 500 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**332249-25/3-139, 332252-25/3-139 від 17.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки по 500 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**332249-25/3-139, 332252-25/3-139 від 17.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки по 500 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**332151-25/3-06, 332152-25/3-06 від 14.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки по 850 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**332151-25/3-06, 332152-25/3-06 від 14.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки по 850 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**332151-25/3-06, 332152-25/3-06 від 14.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки по 850 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351710-26/3-124 від 22.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІАЛДЕКС, розчин для ін`єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351710-26/3-124 від 22.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІАЛДЕКС, розчин для ін`єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351710-26/3-124 від 22.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІАЛДЕКС, розчин для ін`єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355762-26/B-145 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЛРІНОН, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355762-26/B-145 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЛРІНОН, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355762-26/B-145 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЛРІНОН, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357766-26/3-124 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВЕКС® АКТИВ, таблетки, вкриті оболонкою; по 30 або 60 таблеток у пляшці; по 1 пляшці в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті у банці; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357766-26/3-124 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВЕКС® АКТИВ, таблетки, вкриті оболонкою; по 30 або 60 таблеток у пляшці; по 1 пляшці в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті у банці; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357766-26/3-124 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВЕКС® АКТИВ, таблетки, вкриті оболонкою; по 30 або 60 таблеток у пляшці; по 1 пляшці в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті у банці; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357766-26/3-124 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВЕКС® АКТИВ, таблетки, вкриті оболонкою; по 30 або 60 таблеток у пляшці; по 1 пляшці в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті у банці; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357766-26/3-124 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВЕКС® АКТИВ, таблетки, вкриті оболонкою; по 30 або 60 таблеток у пляшці; по 1 пляшці в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті у банці; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357766-26/3-124 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВЕКС® АКТИВ, таблетки, вкриті оболонкою; по 30 або 60 таблеток у пляшці; по 1 пляшці в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті у банці; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360542-26/3-126 від 24.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** **таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360542-26/3-126 від 24.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** **таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360542-26/3-126 від 24.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** **таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360542-26/3-126 від 24.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** **таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360542-26/3-126 від 24.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** **таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360542-26/3-126 від 24.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** **таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353282-26/B-128 від 20.02.2026**
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 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353282-26/B-128 від 20.02.2026**
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 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353282-26/B-128 від 20.02.2026**
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 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355851-26/B-28 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАРДІН®, розчин для ін'єкцій по 100 мг/мл по 0,2 мл (20 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5, або по 25 блістерів у картонній пачці; по 0,4 мл (40 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5, або по 25 блістерів у картонній пачці; по 0,6 мл (60 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5 блістерів у картонній пачці; по 0,8 мл (80 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5 блістерів у картонній пачці; по 1,0 мл (100 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355851-26/B-28 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАРДІН®, розчин для ін'єкцій по 100 мг/мл по 0,2 мл (20 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5, або по 25 блістерів у картонній пачці; по 0,4 мл (40 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5, або по 25 блістерів у картонній пачці; по 0,6 мл (60 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5 блістерів у картонній пачці; по 0,8 мл (80 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5 блістерів у картонній пачці; по 1,0 мл (100 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355851-26/B-28 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАРДІН®, розчин для ін'єкцій по 100 мг/мл по 0,2 мл (20 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5, або по 25 блістерів у картонній пачці; по 0,4 мл (40 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5, або по 25 блістерів у картонній пачці; по 0,6 мл (60 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5 блістерів у картонній пачці; по 0,8 мл (80 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1, або по 5 блістерів у картонній пачці; по 1,0 мл (100 мг) у попередньо наповненому шприці, по 2 шприци у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359715-26/B-120 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОСИНУС®, спрей назальний, дозований 0,05 % по 10 г у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359715-26/B-120 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОСИНУС®, спрей назальний, дозований 0,05 % по 10 г у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359715-26/B-120 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОСИНУС®, спрей назальний, дозований 0,05 % по 10 г у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360978-26/3-60 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД АЛКАЛОЇД, капсули тверді по 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці; капсули тверді по 200 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360978-26/3-60 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД АЛКАЛОЇД, капсули тверді по 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці; капсули тверді по 200 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360978-26/3-60 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД АЛКАЛОЇД, капсули тверді по 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці; капсули тверді по 200 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360978-26/3-60 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД АЛКАЛОЇД, капсули тверді по 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці; капсули тверді по 200 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360978-26/3-60 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД АЛКАЛОЇД, капсули тверді по 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці; капсули тверді по 200 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360978-26/3-60 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД АЛКАЛОЇД, капсули тверді по 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці; капсули тверді по 200 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358696-26/3-146 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАЦЕФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 4 таблетки у блістері, по 2 блістера у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358696-26/3-146 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАЦЕФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 4 таблетки у блістері, по 2 блістера у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358696-26/3-146 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАЦЕФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 4 таблетки у блістері, по 2 блістера у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359669-26/3-88 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ, суспензія оральна з полуничним смаком, 200 мг/5 мл по 100 мл або 150 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359669-26/3-88 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ, суспензія оральна з полуничним смаком, 200 мг/5 мл по 100 мл або 150 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359669-26/3-88 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ, суспензія оральна з полуничним смаком, 200 мг/5 мл по 100 мл або 150 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353159-26/3-123 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАПЛАС ЛГ, розчин для інфузій, 45 - 70 мг/мл; по 200 мл в стерильному, пластифікованому контейнері для крові з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в пакеті з прозорої поліамід/поліетиленової плівки; по 1 пакету в картонній коробці. Октаплас ЛГ упаковується в окремі контейнери за такими групами крові: Група крові А (II), Група крові В (III), Група крові АВ (IV), Група крові О (I)**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353159-26/3-123 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАПЛАС ЛГ, розчин для інфузій, 45 - 70 мг/мл; по 200 мл в стерильному, пластифікованому контейнері для крові з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в пакеті з прозорої поліамід/поліетиленової плівки; по 1 пакету в картонній коробці. Октаплас ЛГ упаковується в окремі контейнери за такими групами крові: Група крові А (II), Група крові В (III), Група крові АВ (IV), Група крові О (I)**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353159-26/3-123 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАПЛАС ЛГ, розчин для інфузій, 45 - 70 мг/мл; по 200 мл в стерильному, пластифікованому контейнері для крові з полівінілхлориду; по 1 контейнеру в пакеті з прозорої поліамід/поліетиленової плівки; по 1 пакету в картонній коробці. Октаплас ЛГ упаковується в окремі контейнери за такими групами крові: Група крові А (II), Група крові В (III), Група крові АВ (IV), Група крові О (I)**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348349-25/3-144 від 19.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАПЛЕКС 500 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій по 500 МО; дві коробки об'єднуються між собою пластиковою плівкою: картонна коробка № 1: по 1 флакону з порошком для розчину для інфузій та інструкцією про застосування; картонна коробка № 2: по 1 флакону із розчинником (вода для ін'єкцій, 20 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий; 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка); 1 комплект для інфузій (голка-метелик); 2 просочених спиртом тампонів). Маркування українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348349-25/3-144 від 19.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАПЛЕКС 500 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій по 500 МО; дві коробки об'єднуються між собою пластиковою плівкою: картонна коробка № 1: по 1 флакону з порошком для розчину для інфузій та інструкцією про застосування; картонна коробка № 2: по 1 флакону із розчинником (вода для ін'єкцій, 20 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий; 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка); 1 комплект для інфузій (голка-метелик); 2 просочених спиртом тампонів). Маркування українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348349-25/3-144 від 19.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАПЛЕКС 500 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій по 500 МО; дві коробки об'єднуються між собою пластиковою плівкою: картонна коробка № 1: по 1 флакону з порошком для розчину для інфузій та інструкцією про застосування; картонна коробка № 2: по 1 флакону із розчинником (вода для ін'єкцій, 20 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий; 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка); 1 комплект для інфузій (голка-метелик); 2 просочених спиртом тампонів). Маркування українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355163-26/3-96 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЗОЛ, порошок для розчину для інфузій, 40 мг; по 1 або по 10 флаконів з порошком у коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355163-26/3-96 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЗОЛ, порошок для розчину для інфузій, 40 мг; по 1 або по 10 флаконів з порошком у коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355163-26/3-96 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЗОЛ, порошок для розчину для інфузій, 40 мг; по 1 або по 10 флаконів з порошком у коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355222-26/B-28, 361823-26/B-60 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНАДРЕН® 250, розчин олійний для ін'єкцій по 1 мл у ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355222-26/B-28, 361823-26/B-60 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНАДРЕН® 250, розчин олійний для ін'єкцій по 1 мл у ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355222-26/B-28, 361823-26/B-60 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНАДРЕН® 250, розчин олійний для ін'єкцій по 1 мл у ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359916-26/3-96 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНАБЕТ, крем, 20 мг/г, по 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359916-26/3-96 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНАБЕТ, крем, 20 мг/г, по 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359916-26/3-96 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНАБЕТ, крем, 20 мг/г, по 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348472-25/B-120, 348473-25/B-120 від 21.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЛАРГОНІЇ КОРЕНІВ ЕКСТРАКТ РІДКИЙ, екстракт рідкий (субстанція)** **в бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348472-25/B-120, 348473-25/B-120 від 21.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЛАРГОНІЇ КОРЕНІВ ЕКСТРАКТ РІДКИЙ, екстракт рідкий (субстанція)** **в бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348472-25/B-120, 348473-25/B-120 від 21.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЛАРГОНІЇ КОРЕНІВ ЕКСТРАКТ РІДКИЙ, екстракт рідкий (субстанція)** **в бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360219-26/B-28, 360220-26/B-28 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕНТАЛГІН ФС ЕКСТРА КАПСУЛИ, капсули по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360219-26/B-28, 360220-26/B-28 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕНТАЛГІН ФС ЕКСТРА КАПСУЛИ, капсули по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360219-26/B-28, 360220-26/B-28 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕНТАЛГІН ФС ЕКСТРА КАПСУЛИ, капсули по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358122-26/3-117 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРАНТЕЛ, таблетки по 250 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 упаковок у картонній коробці; in bulk № 3х1260: по 3 таблетки у блістері; по 1260 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358122-26/3-117 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРАНТЕЛ, таблетки по 250 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 упаковок у картонній коробці; in bulk № 3х1260: по 3 таблетки у блістері; по 1260 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358122-26/3-117 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРАНТЕЛ, таблетки по 250 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 упаковок у картонній коробці; in bulk № 3х1260: по 3 таблетки у блістері; по 1260 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358122-26/3-117 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРАНТЕЛ, таблетки по 250 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 упаковок у картонній коробці; in bulk № 3х1260: по 3 таблетки у блістері; по 1260 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358122-26/3-117 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРАНТЕЛ, таблетки по 250 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 упаковок у картонній коробці; in bulk № 3х1260: по 3 таблетки у блістері; по 1260 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358122-26/3-117 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРАНТЕЛ, таблетки по 250 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 упаковок у картонній коробці; in bulk № 3х1260: по 3 таблетки у блістері; по 1260 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358388-26/B-96 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИДОКСИНУ ГІДРОХЛОРИД (ВІТАМІН В6), розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з перегородками; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул в однобічному блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 1 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці з перегородками**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358388-26/B-96 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИДОКСИНУ ГІДРОХЛОРИД (ВІТАМІН В6), розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з перегородками; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул в однобічному блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 1 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці з перегородками**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358388-26/B-96 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИДОКСИНУ ГІДРОХЛОРИД (ВІТАМІН В6), розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з перегородками; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул в однобічному блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 1 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці з перегородками**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360986-26/B-96 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАЗМОВЕН®, розчин для інфузій по 500 мл у флаконі**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360986-26/B-96 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАЗМОВЕН®, розчин для інфузій по 500 мл у флаконі**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360986-26/B-96 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАЗМОВЕН®, розчин для інфузій по 500 мл у флаконі**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362028-26/B-120 від 27.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАТИФІЛІНУ ГІДРОТАРТРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362028-26/B-120 від 27.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАТИФІЛІНУ ГІДРОТАРТРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362028-26/B-120 від 27.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАТИФІЛІНУ ГІДРОТАРТРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361233-26/3-145, 361234-26/3-145 від 09.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛЬПРИД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361233-26/3-145, 361234-26/3-145 від 09.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛЬПРИД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361233-26/3-145, 361234-26/3-145 від 09.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛЬПРИД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358316-26/3-123, 358317-26/3-123, 358318-26/3-123, 358319-26/3-123 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕВЕНАР® 13 / PREVENAR® 13 ВАКЦИНА ПНЕВМОКОКОВА ПОЛІСАХАРИДНА КОН'ЮГОВАНА (ТРИНАДЦЯТИВАЛЕНТНА АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу та одній відокремленій голці в індивідуальному чохлі у закритому пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнері у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358316-26/3-123, 358317-26/3-123, 358318-26/3-123, 358319-26/3-123 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕВЕНАР® 13 / PREVENAR® 13 ВАКЦИНА ПНЕВМОКОКОВА ПОЛІСАХАРИДНА КОН'ЮГОВАНА (ТРИНАДЦЯТИВАЛЕНТНА АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу та одній відокремленій голці в індивідуальному чохлі у закритому пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнері у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358316-26/3-123, 358317-26/3-123, 358318-26/3-123, 358319-26/3-123 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕВЕНАР® 13 / PREVENAR® 13 ВАКЦИНА ПНЕВМОКОКОВА ПОЛІСАХАРИДНА КОН'ЮГОВАНА (ТРИНАДЦЯТИВАЛЕНТНА АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу та одній відокремленій голці в індивідуальному чохлі у закритому пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнері у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360985-26/3-92 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕОЛІКА® ФОРТЕ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360985-26/3-92 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕОЛІКА® ФОРТЕ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360985-26/3-92 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕОЛІКА® ФОРТЕ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359502-26/3-128 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОЛІА®, розчин для ін'єкцій, 60 мг/мл; по 1 мл розчину в скляному попередньо наповненому шприці з голкою, закритою ковпачком, із захисним пристроєм від випадкового уколу голкою; по 1 попередньо заповненому шприцу з захисним пристроєм в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 1 мл розчину в скляному попередньо заповненому шприці з голкою, закритою ковпачком; по 1 попередньо заповненому шприцу в блістері або без блістера, поміщеному в картонну коробку**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359502-26/3-128 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОЛІА®, розчин для ін'єкцій, 60 мг/мл; по 1 мл розчину в скляному попередньо наповненому шприці з голкою, закритою ковпачком, із захисним пристроєм від випадкового уколу голкою; по 1 попередньо заповненому шприцу з захисним пристроєм в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 1 мл розчину в скляному попередньо заповненому шприці з голкою, закритою ковпачком; по 1 попередньо заповненому шприцу в блістері або без блістера, поміщеному в картонну коробку**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359502-26/3-128 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОЛІА®, розчин для ін'єкцій, 60 мг/мл; по 1 мл розчину в скляному попередньо наповненому шприці з голкою, закритою ковпачком, із захисним пристроєм від випадкового уколу голкою; по 1 попередньо заповненому шприцу з захисним пристроєм в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 1 мл розчину в скляному попередньо заповненому шприці з голкою, закритою ковпачком; по 1 попередньо заповненому шприцу в блістері або без блістера, поміщеному в картонну коробку**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352279-26/3-139 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТААР, капсули м'які по 0,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352279-26/3-139 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТААР, капсули м'які по 0,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352279-26/3-139 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТААР, капсули м'які по 0,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358385-26/B-92 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТАТИЛЕН®, розчин для ін`єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 100 ампул у пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358385-26/B-92 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТАТИЛЕН®, розчин для ін`єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 100 ампул у пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358385-26/B-92 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТАТИЛЕН®, розчин для ін`єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 100 ампул у пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352275-26/3-139 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТІД, капсули м'які, 0,5 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352275-26/3-139 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТІД, капсули м'які, 0,5 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352275-26/3-139 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТІД, капсули м'які, 0,5 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349153-25/B-138 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАЛІНА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349153-25/B-138 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАЛІНА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349153-25/B-138 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАЛІНА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349153-25/B-138 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАЛІНА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349153-25/B-138 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАЛІНА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349153-25/B-138 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАЛІНА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг та по 100 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362013-26/B-145 від 24.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ, кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362013-26/B-145 від 24.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ, кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362013-26/B-145 від 24.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ, кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358600-26/3-123, 358601-26/3-123 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЗОГЛОБІН, розчин для ін'єкцій, 1500 МО (300 мкг імуноглобуліну); по 1 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 1 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці; по 2 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 2 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358600-26/3-123, 358601-26/3-123 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЗОГЛОБІН, розчин для ін'єкцій, 1500 МО (300 мкг імуноглобуліну); по 1 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 1 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці; по 2 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 2 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358600-26/3-123, 358601-26/3-123 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЗОГЛОБІН, розчин для ін'єкцій, 1500 МО (300 мкг імуноглобуліну); по 1 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 1 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці; по 2 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 2 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358600-26/3-123, 358601-26/3-123 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЗОГЛОБІН, розчин для ін'єкцій, 1500 МО (300 мкг імуноглобуліну); по 1 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 1 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці; по 2 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 2 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358600-26/3-123, 358601-26/3-123 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЗОГЛОБІН, розчин для ін'єкцій, 1500 МО (300 мкг імуноглобуліну); по 1 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 1 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці; по 2 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 2 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358600-26/3-123, 358601-26/3-123 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЗОГЛОБІН, розчин для ін'єкцій, 1500 МО (300 мкг імуноглобуліну); по 1 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 1 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці; по 2 мл в ампулі, по 1 або 3, або 5 ампул в пачці; по 2 мл у попередньо наповненому шприці, по 1 шприцу в пачці**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355455-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС Л®, таблетки; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у герметично запаяних подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355455-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС Л®, таблетки; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у герметично запаяних подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355455-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС Л®, таблетки; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у герметично запаяних подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355455-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС Л®, таблетки; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у герметично запаяних подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355455-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС Л®, таблетки; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у герметично запаяних подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355455-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС Л®, таблетки; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у герметично запаяних подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355453-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 4 блістери у пачці з картону; in bulk: №10000 у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355453-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 4 блістери у пачці з картону; in bulk: №10000 у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355453-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 4 блістери у пачці з картону; in bulk: №10000 у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355453-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 4 блістери у пачці з картону; in bulk: №10000 у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355453-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 4 блістери у пачці з картону; in bulk: №10000 у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355453-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПИКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 4 блістери у пачці з картону; in bulk: №10000 у пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359260-26/3-117 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС МОНО, спрей назальний, дозований, суспензія, 50 мкг/дозу по 60 або 120 доз у поліетиленовому флаконі, по 1 флакону з дозуючим насосом- розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Спешіалті С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359260-26/3-117 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС МОНО, спрей назальний, дозований, суспензія, 50 мкг/дозу по 60 або 120 доз у поліетиленовому флаконі, по 1 флакону з дозуючим насосом- розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Спешіалті С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359260-26/3-117 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС МОНО, спрей назальний, дозований, суспензія, 50 мкг/дозу по 60 або 120 доз у поліетиленовому флаконі, по 1 флакону з дозуючим насосом- розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці**
Заявник	**Гленмарк Спешіалті С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359420-26/З-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 8 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359420-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 8 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359420-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 8 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359420-26/З-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 8 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359420-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 8 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359420-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 8 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359420-26/З-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 8 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359420-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 8 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359420-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 8 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359410-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП® ПЛЮС, капсули тверді по 20 мг/10 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359410-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП® ПЛЮС, капсули тверді по 20 мг/10 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359410-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП® ПЛЮС, капсули тверді по 20 мг/10 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359417-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП® ПЛЮС, капсули тверді по 40 мг/10 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359417-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП® ПЛЮС, капсули тверді по 40 мг/10 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359417-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУЛІП® ПЛЮС, капсули тверді по 40 мг/10 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361842-26/B-92 від 22.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕДАФІТОН® ФОРТЕ, капсули; по 6 капсул у блістері; по 2 або 4, або 8 блістерів у пачці; по 30 капсул у контейнері з кришкою з контролем першого відкриття, по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361842-26/B-92 від 22.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕДАФІТОН® ФОРТЕ, капсули; по 6 капсул у блістері; по 2 або 4, або 8 блістерів у пачці; по 30 капсул у контейнері з кришкою з контролем першого відкриття, по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**361842-26/B-92 від 22.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕДАФІТОН® ФОРТЕ, капсули; по 6 капсул у блістері; по 2 або 4, або 8 блістерів у пачці; по 30 капсул у контейнері з кришкою з контролем першого відкриття, по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355976-26/3-96 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг; № 500: по 20 таблеток у блістері; по 25 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355976-26/3-96 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг;** **№ 500: по 20 таблеток у блістері; по 25 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355976-26/3-96 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг;** **№ 500: по 20 таблеток у блістері; по 25 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359966-26/B-148 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14х240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357227-26/B-148 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІЯ®, капсули кишковорозчині тверді, по 30 мг, по 60 мг, по 7 капсул у блістері, по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357227-26/B-148 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІЯ®, капсули кишковорозчинні тверді, по 30 мг, по 60 мг, по 7 капсул у блістері, по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357227-26/B-148 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІЯ®, капсули кишковорозчинні тверді, по 30 мг, по 60 мг, по 7 капсул у блістері, по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357227-26/B-148 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІЯ®, капсули кишковорозчині тверді, по 30 мг, по 60 мг, по 7 капсул у блістері, по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357227-26/B-148 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІЯ®, капсули кишковорозчинні тверді, по 30 мг, по 60 мг, по 7 капсул у блістері, по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357227-26/B-148 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІЯ®, капсули кишковорозчинні тверді, по 30 мг, по 60 мг, по 7 капсул у блістері, по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358382-26/3-124, 358383-26/3-124 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІМБРИНЗА®, краплі очні; по 5 мл у флаконах-крапельницях; по 1 або 3 флакони у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358382-26/3-124, 358383-26/3-124 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІМБРИНЗА®, краплі очні; по 5 мл у флаконах-крапельницях; по 1 або 3 флакони у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358382-26/3-124, 358383-26/3-124 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІМБРИНЗА®, краплі очні; по 5 мл у флаконах-крапельницях; по 1 або 3 флакони у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352993-26/B-06 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПРИД -ЗН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352993-26/B-06 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПРИД -ЗН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352993-26/B-06 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПРИД -ЗН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359422-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУМЕТРОЛІМ®, таблетки по 400 мг/80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359422-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУМЕТРОЛІМ®, таблетки по 400 мг/80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359422-26/3-147 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУМЕТРОЛІМ®, таблетки по 400 мг/80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357565-26/3-152 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАБЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1,5 мг; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній пачці; in bulk № 5400: по 20 таблеток у блістері; по 270 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357565-26/3-152 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАБЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1,5 мг; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній пачці; in bulk № 5400: по 20 таблеток у блістері; по 270 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357565-26/3-152 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАБЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1,5 мг; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній пачці; in bulk № 5400: по 20 таблеток у блістері; по 270 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357565-26/3-152 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАБЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1,5 мг; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній пачці; in bulk № 5400: по 20 таблеток у блістері; по 270 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357565-26/3-152 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАБЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1,5 мг; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній пачці; in bulk № 5400: по 20 таблеток у блістері; по 270 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357565-26/3-152 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАБЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1,5 мг; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній пачці; in bulk № 5400: по 20 таблеток у блістері; по 270 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356761-26/B-97 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРБІНАФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356761-26/B-97 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРБІНАФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356761-26/B-97 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРБІНАФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358386-26/B-92 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАМІНУ ХЛОРИД (ВІТАМІН В1), розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул в пачці з картону з перегородками; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул в однобічному блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358386-26/B-92 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАМІНУ ХЛОРИД (ВІТАМІН В1), розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул в пачці з картону з перегородками; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул в однобічному блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358386-26/B-92 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАМІНУ ХЛОРИД (ВІТАМІН В1), розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул в пачці з картону з перегородками; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул в однобічному блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358455-26/3-120, 358456-26/3-120 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРИНЕКСТ КОМБІ, мазь очна;** **по 5 г мазі у тубі з алюмінієвої фольги з канюлею та пластмасовою кришечкою, що нагвинчується; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358455-26/3-120, 358456-26/3-120 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРИНЕКСТ КОМБІ, мазь очна;** **по 5 г мазі у тубі з алюмінієвої фольги з канюлею та пластмасовою кришечкою, що нагвинчується; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358455-26/3-120, 358456-26/3-120 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРИНЕКСТ КОМБІ, мазь очна; по 5 г мазі у тубі з алюмінієвої фольги з канюлею та пластмасовою кришечкою, що нагвинчується; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358455-26/3-120, 358456-26/3-120 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРИНЕКСТ КОМБІ, мазь очна;** **по 5 г мазі у тубі з алюмінієвої фольги з канюлею та пластмасовою кришечкою, що нагвинчується; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358455-26/3-120, 358456-26/3-120 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРИНЕКСТ КОМБІ, мазь очна;** **по 5 г мазі у тубі з алюмінієвої фольги з канюлею та пластмасовою кришечкою, що нагвинчується; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358455-26/3-120, 358456-26/3-120 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРИНЕКСТ КОМБІ, мазь очна;** **по 5 г мазі у тубі з алюмінієвої фольги з канюлею та пластмасовою кришечкою, що нагвинчується; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354907-26/B-117, 354908-26/B-117 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОМОГЕКСОЛ®, розчин для ін'єкцій, 240 мг йоду/мл або по 300 мг йоду/мл або 350 мг йоду/мл;** **240 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** **300 мг йоду/мл та 350 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354907-26/B-117, 354908-26/B-117 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОМОГЕКСОЛ®, розчин для ін'єкцій, 240 мг йоду/мл або по 300 мг йоду/мл або 350 мг йоду/мл;** **240 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** **300 мг йоду/мл та 350 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354907-26/B-117, 354908-26/B-117 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОМОГЕКСОЛ®, розчин для ін'єкцій, 240 мг йоду/мл або по 300 мг йоду/мл або 350 мг йоду/мл;** **240 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** **300 мг йоду/мл та 350 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354907-26/B-117, 354908-26/B-117 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОМОГЕКСОЛ®, розчин для ін'єкцій, 240 мг йоду/мл або по 300 мг йоду/мл або 350 мг йоду/мл;** **240 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** **300 мг йоду/мл та 350 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354907-26/B-117, 354908-26/B-117 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОМОГЕКСОЛ®, розчин для ін'єкцій, 240 мг йоду/мл або по 300 мг йоду/мл або 350 мг йоду/мл;** **240 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** **300 мг йоду/мл та 350 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354907-26/B-117, 354908-26/B-117 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОМОГЕКСОЛ®, розчин для ін'єкцій, 240 мг йоду/мл або по 300 мг йоду/мл або 350 мг йоду/мл;** **240 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** **300 мг йоду/мл та 350 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354907-26/B-117, 354908-26/B-117 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОМОГЕКСОЛ®, розчин для ін'єкцій, 240 мг йоду/мл або по 300 мг йоду/мл або 350 мг йоду/мл;** **240 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** **300 мг йоду/мл та 350 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354907-26/B-117, 354908-26/B-117 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОМОГЕКСОЛ®, розчин для ін'єкцій, 240 мг йоду/мл або по 300 мг йоду/мл або 350 мг йоду/мл;** **240 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** **300 мг йоду/мл та 350 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354907-26/B-117, 354908-26/B-117 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОМОГЕКСОЛ®, розчин для ін'єкцій, 240 мг йоду/мл або по 300 мг йоду/мл або 350 мг йоду/мл;** **240 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** **300 мг йоду/мл та 350 мг йоду/мл: по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону; по 20 мл або 50 мл, або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360328-26/B-61 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360328-26/B-61 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360328-26/B-61 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359349-26/B-96 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359349-26/B-96 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359349-26/B-96 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359348-26/B-96 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл, по 5 мл або по 10 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у картонній коробці з перегородками; по 5 мл або по 10 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	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359348-26/B-96 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл, по 5 мл або по 10 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у картонній коробці з перегородками; по 5 мл або по 10 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	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359348-26/B-96 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл, по 5 мл або по 10 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у картонній коробці з перегородками; по 5 мл або по 10 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	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352790-26/B-28 від 13.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОБІНТА® ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352790-26/B-28 від 13.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОБІНТА® ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352790-26/B-28 від 13.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОБІНТА® ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352790-26/B-28 від 13.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОБІНТА® ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352790-26/B-28 від 13.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОБІНТА® ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352790-26/B-28 від 13.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОБІНТА® ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356248-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже;** **по 50 драже в контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону; по 50 драже в контейнері**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356248-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже;** **по 50 драже в контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону; по 50 драже в контейнері**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356248-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже;** **по 50 драже в контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону; по 50 драже в контейнері**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339128-25/3-116 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРАТОР, таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг по 30 таблеток у контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339128-25/3-116 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРАТОР, таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг по 30 таблеток у контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339128-25/3-116 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРАТОР, таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг по 30 таблеток у контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339128-25/3-116 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРАТОР, таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг по 30 таблеток у контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339128-25/3-116 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРАТОР, таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг по 30 таблеток у контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339128-25/3-116 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРАТОР, таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг по 30 таблеток у контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339128-25/3-116 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРАТОР, таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг по 30 таблеток у контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339128-25/3-116 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРАТОР, таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг по 30 таблеток у контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**339128-25/3-116 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРАТОР, таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг по 30 таблеток у контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355427-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг, капсули по 300 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або по 5 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355427-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг, капсули по 300 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або по 5 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355427-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг, капсули по 300 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або по 5 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355427-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг, капсули по 300 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або по 5 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355427-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг, капсули по 300 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або по 5 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355427-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг, капсули по 300 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або по 5 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348114-25/3-139 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЙТОБАКТ 1 Г, ФАЙТОБАКТ 2 Г, порошок для розчину для ін'єкцій, 0,5 г/0,5 г та 1 г/1 г; по 1 флакону з порошком у картонній коробці; in bulk: по 50 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**КАДІЛА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**333461-25/З-123, 333462-25/З-123 від 05.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, Порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою для перенесення Nextaro в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**333461-25/3-123, 333462-25/3-123 від 05.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, Порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою для перенесення Nextaro в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**333461-25/3-123, 333462-25/3-123 від 05.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, Порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою для перенесення Nextaro в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357502-26/3-100 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою Octajet для переносу, по 1 фільтру в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357502-26/3-100 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою Octajet для переносу, по 1 фільтру в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357502-26/3-100 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін’єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою Octajet для переносу, по 1 фільтру в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**331389-25/З-123, 335909-25/З-147 від 05.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, Порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою для перенесення Nextaro в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**331389-25/З-123, 335909-25/З-147 від 05.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, Порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою для перенесення Nextaro в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**331389-25/З-123, 335909-25/З-147 від 05.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, Порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою для перенесення Nextaro в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343661-25/3-100 від 26.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін’єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою для перенесення Nextaro в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343661-25/3-100 від 26.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою для перенесення Nextaro в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343661-25/3-100 від 26.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій/інфузій по 1 г; по 1 г порошку у скляному флаконі; по 50 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по 1 флакону з порошком, по 1 флакону з розчинником, по 1 пристрою для перенесення Nextaro в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357806-26/3-149 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357806-26/3-149 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357806-26/3-149 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357806-26/3-149 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357806-26/3-149 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357806-26/3-149 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344985-25/З-128, 344986-25/З-128, 358702-26/З-128 від 18.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТРАНС®, порошок для орального розчину; по 73,69 г порошку у пакетику; по 4 пакетики у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344985-25/3-128, 344986-25/3-128, 358702-26/3-128 від 18.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТРАНС®, порошок для орального розчину; по 73,69 г порошку у пакетику; по 4 пакетики у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344985-25/3-128, 344986-25/3-128, 358702-26/3-128 від 18.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТРАНС®, порошок для орального розчину; по 73,69 г порошку у пакетику; по 4 пакетики у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350935-25/3-146 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТРАНС®, порошок для орального розчину; по 73,69 г порошку у пакетику; по 4 пакетики у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350935-25/3-146 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТРАНС®, порошок для орального розчину; по 73,69 г порошку у пакетику; по 4 пакетики у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350935-25/3-146 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТРАНС®, порошок для орального розчину; по 73,69 г порошку у пакетику; по 4 пакетики у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356215-26/3-128 від 08.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЗІКУТАН®, мазь 2 %; по 5 г, 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356215-26/3-128 від 08.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЗІКУТАН®, мазь 2 %; по 5 г, 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356215-26/3-128 від 08.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЗІКУТАН®, мазь 2 %; по 5 г, 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355536-26/3-116, 355537-26/3-116, 355548-26/3-116, 355549-26/3-116, 355550-26/3-116 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС® ДТ, таблетки диспергованні по 50 мг по 4 таблетки у стрипі або блістері, по 1 стрипу або блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 100 блістерів у картонній коробці (для виробника Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, Індія); по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці (для виробника ТОВ «КУСУМ», Україна)**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355536-26/3-116, 355537-26/3-116, 355548-26/3-116, 355549-26/3-116, 355550-26/3-116 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС® ДТ, таблетки диспергованні по 50 мг по 4 таблетки у стрипі або блістері, по 1 стрипу або блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 100 блістерів у картонній коробці (для виробника Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, Індія); по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці (для виробника ТОВ «КУСУМ», Україна)**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355536-26/3-116, 355537-26/3-116, 355548-26/3-116, 355549-26/3-116, 355550-26/3-116 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС® ДТ, таблетки диспергованні по 50 мг по 4 таблетки у стрипі або блістері, по 1 стрипу або блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 100 блістерів у картонній коробці (для виробника Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, Індія); по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці (для виробника ТОВ «КУСУМ», Україна)**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355536-26/3-116, 355537-26/3-116, 355548-26/3-116, 355549-26/3-116, 355550-26/3-116 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС® ДТ, таблетки диспергованні по 50 мг по 4 таблетки у стрипі або блістері, по 1 стрипу або блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 100 блістерів у картонній коробці (для виробника Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, Індія); по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці (для виробника ТОВ «КУСУМ», Україна)**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355536-26/3-116, 355537-26/3-116, 355548-26/3-116, 355549-26/3-116, 355550-26/3-116 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС® ДТ, таблетки диспергованні по 50 мг по 4 таблетки у стрипі або блістері, по 1 стрипу або блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 100 блістерів у картонній коробці (для виробника Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, Індія); по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці (для виробника ТОВ «КУСУМ», Україна)**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355536-26/3-116, 355537-26/3-116, 355548-26/3-116, 355549-26/3-116, 355550-26/3-116 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС® ДТ, таблетки диспергованні по 50 мг по 4 таблетки у стрипі або блістері, по 1 стрипу або блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 4 таблетки у блістері; по 100 блістерів у картонній коробці (для виробника Кусум Хелтхкер Пвт Лтд, Індія); по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці (для виробника ТОВ «КУСУМ», Україна)**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357080-26/3-140 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАЙРІМОЗ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 40 мг/0,8 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 40 мг/0,4 мл або по 20 мг/0,2 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357080-26/3-140 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАЙРІМОЗ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 40 мг/0,8 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 40 мг/0,4 мл або по 20 мг/0,2 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357080-26/3-140 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАЙРІМОЗ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 40 мг/0,8 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 40 мг/0,4 мл або по 20 мг/0,2 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357080-26/3-140 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАЙРІМОЗ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 40 мг/0,8 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 40 мг/0,4 мл або по 20 мг/0,2 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357080-26/3-140 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАЙРІМОЗ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 40 мг/0,8 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 40 мг/0,4 мл або по 20 мг/0,2 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357080-26/3-140 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАЙРІМОЗ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 40 мг/0,8 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 40 мг/0,4 мл або по 20 мг/0,2 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360339-26/3-152 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® ЛАР, спрей для ротової порожнини, розчин; 30 мл розчину у флаконі з розпилювачем у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360339-26/3-152 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® ЛАР, спрей для ротової порожнини, розчин; 30 мл розчину у флаконі з розпилювачем у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360339-26/3-152 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® ЛАР, спрей для ротової порожнини, розчин; 30 мл розчину у флаконі з розпилювачем у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348448-25/3-97 від 21.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕМОМІЦИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Республіка Сербія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348448-25/3-97 від 21.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕМОМІЦИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Республіка Сербія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348448-25/3-97 від 21.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕМОМІЦИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Республіка Сербія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353923-26/B-132, 353924-26/B-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "КУСУМ", Україна:** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці;** **для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія:** **по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** **для 40 мг in bulk: № 8400 (14х600): по 14 таблеток у блістері; по 600 блстерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блстерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352386-26/3-138 від 06.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОРТ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г, по 1 або по 10 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352386-26/3-138 від 06.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОРТ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г, по 1 або по 10 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352386-26/3-138 від 06.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОРТ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г, по 1 або по 10 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336983-25/3-147 від 30.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛО 3® ФОРТ, капсули тверді; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**П'єр Фабр Медикамент, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336983-25/3-147 від 30.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛО 3® ФОРТ, капсули тверді; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**П'єр Фабр Медикамент, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336983-25/3-147 від 30.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛО 3® ФОРТ, капсули тверді; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**П'єр Фабр Медикамент, Франція**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360578-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 500 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 90 блістерів у коробці з картону; таблетки вкриті оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці із картону; по 2 таблетки у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360578-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 500 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 90 блістерів у коробці з картону; таблетки вкриті оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці із картону; по 2 таблетки у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360578-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 500 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 90 блістерів у коробці з картону; таблетки вкриті оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці із картону; по 2 таблетки у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360578-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 500 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 90 блістерів у коробці з картону; таблетки вкриті оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці із картону; по 2 таблетки у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360578-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 500 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 90 блістерів у коробці з картону; таблетки вкриті оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці із картону; по 2 таблетки у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360578-26/B-121 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 500 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 90 блістерів у коробці з картону; таблетки вкриті оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці із картону; по 2 таблетки у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 70 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**11.09.2026 р. № 1340**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)