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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**341999-25/3-61, 342003-25/3-61, 342007-25/3-61, 342009-25/3-61, 342010-25/3-61, 342011-25/3-61, 342012-25/3-61, 342013-25/3-61, 342014-25/3-61, 342015-25/3-61, 342016-25/3-61, 342017-25/3-61, 342020-25/3-61, 342021-25/3-61, 342022-25/3-61, 342023-25/3-61, 342025-25/3-61, 342026-25/3-61, 342027-25/3-61, 342028-25/3-61, 342029-25/3-61, 342877-25/3-92, 342878-25/3-92, 342879-25/3-92, 342880-25/3-92, 342881-25/3-92, 352483-26/3-61 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛДРЕКС ХОТРЕМ ЗІ СМАКОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину по 5 г порошку у пакетику; по 5 або 10 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**341999-25/3-61, 342003-25/3-61, 342007-25/3-61, 342009-25/3-61, 342010-25/3-61, 342011-25/3-61, 342012-25/3-61, 342013-25/3-61, 342014-25/3-61, 342015-25/3-61, 342016-25/3-61, 342017-25/3-61, 342020-25/3-61, 342021-25/3-61, 342022-25/3-61, 342023-25/3-61, 342025-25/3-61, 342026-25/3-61, 342027-25/3-61, 342028-25/3-61, 342029-25/3-61, 342877-25/3-92, 342878-25/3-92, 342879-25/3-92, 342880-25/3-92, 342881-25/3-92, 352483-26/3-61 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛДРЕКС ХОТРЕМ ЗІ СМАКОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину по 5 г порошку у пакетику; по 5 або 10 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймiттель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**341999-25/3-61, 342003-25/3-61, 342007-25/3-61, 342009-25/3-61, 342010-25/3-61, 342011-25/3-61, 342012-25/3-61, 342013-25/3-61, 342014-25/3-61, 342015-25/3-61, 342016-25/3-61, 342017-25/3-61, 342020-25/3-61, 342021-25/3-61, 342022-25/3-61, 342023-25/3-61, 342025-25/3-61, 342026-25/3-61, 342027-25/3-61, 342028-25/3-61, 342029-25/3-61, 342877-25/3-92, 342878-25/3-92, 342879-25/3-92, 342880-25/3-92, 342881-25/3-92, 352483-26/3-61 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛДРЕКС ХОТРЕМ ЗІ СМАКОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину по 5 г порошку у пакетику; по 5 або 10 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймittель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353032-26/3-137 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл; по 100 мл у контейнері; по 1 контейнеру у полівінілхлоридній плівці в пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353032-26/3-137 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл; по 100 мл у контейнері; по 1 контейнеру у полівінілхлоридній плівці в пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353032-26/3-137 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл; по 100 мл у контейнері; по 1 контейнеру у полівінілхлоридній плівці в пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355401-26/3-117, 355402-26/3-117 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСОПРАЛ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій, 40 мг, у флаконі; по 1 або 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355401-26/3-117, 355402-26/3-117 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСОПРАЛ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій, 40 мг, у флаконі; по 1 або 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355401-26/3-117, 355402-26/3-117 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСОПРАЛ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій, 40 мг, у флаконі; по 1 або 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358314-26/3-152 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІНОКСИДИЛ ІНТЕЛІ, розчин нашкірний, 5 % або 2 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним насосом у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358314-26/3-152 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІНОКСИДИЛ ІНТЕЛІ, розчин нашкірний, 5 % або 2 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним насосом у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358314-26/3-152 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІНОКСИДИЛ ІНТЕЛІ, розчин нашкірний, 5 % або 2 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним насосом у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358314-26/3-152 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІНОКСИДИЛ ІНТЕЛІ, розчин нашкірний, 5 % або 2 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним насосом у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358314-26/3-152 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІНОКСИДИЛ ІНТЕЛІ, розчин нашкірний, 5 % або 2 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним насосом у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358314-26/3-152 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІНОКСИДИЛ ІНТЕЛІ, розчин нашкірний, 5 % або 2 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним насосом у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360021-26/З-28 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЕБОТОН , гель 2 % по 40 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360021-26/3-28 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЕБОТОН , гель 2 % по 40 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**360021-26/3-28 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЕБОТОН , гель 2 % по 40 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359528-26/3-117, 359529-26/3-117 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРИНДОПРИЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359528-26/3-117, 359529-26/3-117 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРИНДОПРИЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359528-26/3-117, 359529-26/3-117 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРИНДОПРИЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359528-26/3-117, 359529-26/3-117 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРИНДОПРИЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359528-26/3-117, 359529-26/3-117 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРИНДОПРИЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359528-26/3-117, 359529-26/3-117 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРИНДОПРИЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**347933-25/B-116, 347934-25/B-116 від 12.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛМІГРЕН® СПРЕЙ, спрей назальний дозований, 2,5 мг/доза або 5 мг/доза по 2 мл (20 доз) у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**347933-25/B-116, 347934-25/B-116 від 12.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛМІГРЕН® СПРЕЙ, спрей назальний дозований, 2,5 мг/доза або 5 мг/доза по 2 мл (20 доз) у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**347933-25/B-116, 347934-25/B-116 від 12.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛМІГРЕН® СПРЕЙ, спрей назальний дозований, 2,5 мг/доза або 5 мг/доза по 2 мл (20 доз) у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**347933-25/B-116, 347934-25/B-116 від 12.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛМІГРЕН® СПРЕЙ, спрей назальний дозований, 2,5 мг/доза або 5 мг/доза по 2 мл (20 доз) у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**347933-25/B-116, 347934-25/B-116 від 12.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛМІГРЕН® СПРЕЙ, спрей назальний дозований, 2,5 мг/доза або 5 мг/доза по 2 мл (20 доз) у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**347933-25/B-116, 347934-25/B-116 від 12.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛМІГРЕН® СПРЕЙ, спрей назальний дозований, 2,5 мг/доза або 5 мг/доза по 2 мл (20 доз) у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356552-26/3-117 від 14.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТОПРИД-ФАРМАК , таблетки по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 4 або по 10 блістерів в картонну пачку**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356552-26/3-117 від 14.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТОПРИД-ФАРМАК , таблетки по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 4 або по 10 блістерів в картонну пачку**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356552-26/3-117 від 14.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТОПРИД-ФАРМАК , таблетки по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 4 або по 10 блістерів в картонну пачку**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353072-26/B-137 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН-БІОЛІК, розчин для ін'єкцій, 5 МО/мл по 1 мл в ампулі; по 10 ампул в пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "БІОЛІК ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353072-26/B-137 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН-БІОЛІК, розчин для ін'єкцій, 5 МО/мл по 1 мл в ампулі; по 10 ампул в пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "БІОЛІК ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**353072-26/B-137 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН-БІОЛІК, розчин для ін'єкцій, 5 МО/мл по 1 мл в ампулі; по 10 ампул в пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "БІОЛІК ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359528-26/3-117, 359529-26/3-117 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРИНДОПРИЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359528-26/3-117, 359529-26/3-117 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРИНДОПРИЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359528-26/3-117, 359529-26/3-117 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРИНДОПРИЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355279-26/B-139, 355280-26/B-139 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПІСУЛЬБІН®, порошок для розчину для ін'єкцій, по 1,5 г порошку у флаконі; по 1,5 г порошку у флаконі; по 10 флаконів з порошком у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355279-26/B-139, 355280-26/B-139 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПІСУЛЬБІН®, порошок для розчину для ін'єкцій, по 1,5 г порошку у флаконі; по 1,5 г порошку у флаконі; по 10 флаконів з порошком у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**355279-26/B-139, 355280-26/B-139 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПІСУЛЬБІН®, порошок для розчину для ін'єкцій, по 1,5 г порошку у флаконі; по 1,5 г порошку у флаконі; по 10 флаконів з порошком у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345920-25/3-116 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛОКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345920-25/3-116 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛОКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345920-25/3-116 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛОКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345920-25/3-116 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛОКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345920-25/3-116 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛОКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345920-25/3-116 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛОКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358780-26/3-121 від 26.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358780-26/3-121 від 26.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358780-26/3-121 від 26.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356287-26/B-145, 356288-26/B-145, 356289-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг; таблетки по 20 мг/25 мг; для дозування 10 мг/12,5 мг: №28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній упаковці; №84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці; для дозування 10 мг/12,5 мг та 20 мг/25 мг: №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці; №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**356287-26/B-145, 356288-26/B-145, 356289-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг; таблетки по 20 мг/25 мг; для дозування 10 мг/12,5 мг: №28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній упаковці; №84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці; для дозування 10 мг/12,5 мг та 20 мг/25 мг: №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці; №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**356287-26/B-145, 356288-26/B-145, 356289-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг; таблетки по 20 мг/25 мг; для дозування 10 мг/12,5 мг: №28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній упаковці; №84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці; для дозування 10 мг/12,5 мг та 20 мг/25 мг: №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці; №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**356287-26/B-145, 356288-26/B-145, 356289-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг; таблетки по 20 мг/25 мг; для дозування 10 мг/12,5 мг: №28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній упаковці; №84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці; для дозування 10 мг/12,5 мг та 20 мг/25 мг: №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці; №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**356287-26/B-145, 356288-26/B-145, 356289-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг; таблетки по 20 мг/25 мг; для дозування 10 мг/12,5 мг: №28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній упаковці; №84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці; для дозування 10 мг/12,5 мг та 20 мг/25 мг: №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці; №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**356287-26/B-145, 356288-26/B-145, 356289-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг; таблетки по 20 мг/25 мг; для дозування 10 мг/12,5 мг: №28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній упаковці; №84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці; для дозування 10 мг/12,5 мг та 20 мг/25 мг: №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці; №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**345793-25/3-06, 360736-26/3-06 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВЕНІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 750 мг; по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359718-26/B-61 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРИСПІН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг або по 2 мг або по 4 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359718-26/B-61 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРИСПІН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг або по 2 мг або по 4 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359718-26/B-61 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРИСПІН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг або по 2 мг або по 4 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358389-26/B-61 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛАПРИЛ, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3, або 5, або 9 блістерів в пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358389-26/B-61 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛАПРИЛ, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3, або 5, або 9 блістерів в пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358389-26/B-61 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛАПРИЛ, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3, або 5, або 9 блістерів в пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**333223-25/B-132, 333224-25/B-132 від 03.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**333223-25/B-132, 333224-25/B-132 від 03.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**333223-25/B-132, 333224-25/B-132 від 03.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359504-26/B-138 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИПРАЗОЛ®, таблетки, по 10 мг, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359504-26/B-138 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИПРАЗОЛ®, таблетки, по 10 мг, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359504-26/B-138 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИПРАЗОЛ®, таблетки, по 10 мг, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354638-26/B-139 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 9 або по 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354638-26/B-139 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 9 або по 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354638-26/B-139 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 9 або по 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358086-26/B-140 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТЕМРА®, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 80 мг/4 мл або 200 мг/10 мл, або 400 мг/20 мл у флаконі; по 1 або 4 флакони у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 80 мг/4 мл або 200 мг/10 мл, або 400 мг/20 мл у флаконі; по 1 або 4 флакони у картонній коробці з маркуванням англійською, французькою та арабською мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358086-26/B-140 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТЕМРА®, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 80 мг/4 мл або 200 мг/10 мл, або 400 мг/20 мл у флаконі; по 1 або 4 флакони у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 80 мг/4 мл або 200 мг/10 мл, або 400 мг/20 мл у флаконі; по 1 або 4 флакони у картонній коробці з маркуванням англійською, французькою та арабською мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358086-26/B-140 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТЕМРА®, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 80 мг/4 мл або 200 мг/10 мл, або 400 мг/20 мл у флаконі; по 1 або 4 флакони у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 80 мг/4 мл або 200 мг/10 мл, або 400 мг/20 мл у флаконі; по 1 або 4 флакони у картонній коробці з маркуванням англійською, французькою та арабською мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358389-26/B-61 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛАПРИЛ, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3, або 5, або 9 блістерів в пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358389-26/B-61 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛАПРИЛ, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3, або 5, або 9 блістерів в пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358389-26/B-61 від 19.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛАПРИЛ, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 3, або 5, або 9 блістерів в пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**347918-25/3-45 від 12.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОКСИМЕД, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**347918-25/3-45 від 12.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОКСИМЕД, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**347918-25/3-45 від 12.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОКСИМЕД, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359243-26/B-96, 359244-26/B-96 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРОМОФАРМ®, спрей назальний 2 % по 15 мл у флаконі, забезпеченому насосом-дозатором з розпилювачем; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359243-26/B-96, 359244-26/B-96 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРОМОФАРМ®, спрей назальний 2 % по 15 мл у флаконі, забезпеченому насосом-дозатором з розпилювачем; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359243-26/B-96, 359244-26/B-96 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРОМОФАРМ®, спрей назальний 2 % по 15 мл у флаконі, забезпеченому насосом-дозатором з розпилювачем; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**350981-25/3-124 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН®, розчин для ін`єкцій, 600 мг/5 мл; 1 флакон з розчином у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**350981-25/3-124 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН®, розчин для ін`єкцій, 600 мг/5 мл; 1 флакон з розчином у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**350981-25/3-124 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН®, розчин для ін`єкцій, 600 мг/5 мл; 1 флакон з розчином у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359758-26/B-153, 359764-26/B-153 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359758-26/B-153, 359764-26/B-153 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359758-26/B-153, 359764-26/B-153 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358780-26/3-121 від 26.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358780-26/3-121 від 26.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**358780-26/3-121 від 26.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359936-26/B-28 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОКОЛХІКОЗИД, розчин для ін'єкцій 4 мг/2 мл по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері з плівки, по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359936-26/B-28 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОКОЛХІКОЗИД, розчин для ін'єкцій 4 мг/2 мл по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері з плівки, по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359936-26/B-28 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОКОЛХІКОЗИД, розчин для ін'єкцій 4 мг/2 мл по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері з плівки, по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**343202-25/B-97, 343203-25/B-97, 343204-25/B-97, 343205-25/B-97, 343206-25/B-97, 343207-25/B-97, 343208-25/B-97, 343209-25/B-97, 343210-25/B-97, 343211-25/B-97, 343212-25/B-97, 343213-25/B-97, 343214-25/B-97, 343215-25/B-97, 343216-25/B-97, 343217-25/B-97, 343218-25/B-97, 343219-25/B-97, 343220-25/B-97, 358127-26/B-28 від 20.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДОКОЛЛІР® 0,1%, краплі очні, 1 мг/мл, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**343202-25/B-97, 343203-25/B-97, 343204-25/B-97, 343205-25/B-97, 343206-25/B-97, 343207-25/B-97, 343208-25/B-97, 343209-25/B-97, 343210-25/B-97, 343211-25/B-97, 343212-25/B-97, 343213-25/B-97, 343214-25/B-97, 343215-25/B-97, 343216-25/B-97, 343217-25/B-97, 343218-25/B-97, 343219-25/B-97, 343220-25/B-97, 358127-26/B-28 від 20.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДОКОЛЛІР® 0,1%, краплі очні, 1 мг/мл, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**343202-25/B-97, 343203-25/B-97, 343204-25/B-97, 343205-25/B-97, 343206-25/B-97, 343207-25/B-97, 343208-25/B-97, 343209-25/B-97, 343210-25/B-97, 343211-25/B-97, 343212-25/B-97, 343213-25/B-97, 343214-25/B-97, 343215-25/B-97, 343216-25/B-97, 343217-25/B-97, 343218-25/B-97, 343219-25/B-97, 343220-25/B-97, 358127-26/B-28 від 20.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДОКОЛЛІР® 0,1%, краплі очні, 1 мг/мл, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**350043-25/B-97 від 12.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДОКОЛЛІР® 0,1%, краплі очні, 1 мг/мл, по 5 мл у флакони-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**350043-25/B-97 від 12.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДОКОЛЛІР® 0,1%, краплі очні, 1 мг/мл, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**350043-25/B-97 від 12.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДОКОЛЛІР® 0,1%, краплі очні, 1 мг/мл, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357207-26/B-28 від 27.04.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357207-26/B-28 від 27.04.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357207-26/B-28 від 27.04.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**350342-25/3-124, 353672-26/3-124 від 16.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОМАГНІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 30 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**350342-25/3-124, 353672-26/3-124 від 16.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОМАГНІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 30 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**350342-25/3-124, 353672-26/3-124 від 16.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОМАГНІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 30 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357038-26/B-120 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКАЇН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у пачці з картону;** **in bulk:** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 20 блістерів у коробці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357038-26/B-120 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКАЇН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у пачці з картону;** **in bulk:** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 20 блістерів у коробці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357038-26/B-120 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКАЇН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у пачці з картону;** **in bulk:** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 20 блістерів у коробці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357038-26/B-120 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКАЇН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у пачці з картону;** **in bulk:** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 20 блістерів у коробці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357038-26/B-120 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКАЇН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у пачці з картону;** **in bulk:** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 20 блістерів у коробці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357038-26/B-120 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКАЇН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у пачці з картону;** **in bulk:** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці;** **по 3,5 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 20 блістерів у коробці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357298-26/B-138, 357920-26/B-138 від 28.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАЛЬ® ЛАЙТ, краплі очні, 0,5 мг/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357298-26/B-138, 357920-26/B-138 від 28.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАЛЬ® ЛАЙТ, краплі очні, 0,5 мг/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357298-26/B-138, 357920-26/B-138 від 28.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАЛЬ® ЛАЙТ, краплі очні, 0,5 мг/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356769-26/3-148 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; капсули тверді по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356769-26/3-148 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; капсули тверді по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356769-26/3-148 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; капсули тверді по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354485-26/3-148 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДЕТРОМ, краплі очні, суспензія, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354485-26/3-148 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДЕТРОМ, краплі очні, суспензія, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**354485-26/3-148 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДЕТРОМ, краплі очні, суспензія, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**351723-26/3-148 від 22.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАКАРТИН, розчин оральний 1 г/10 мл; по 10 мл у флаконах; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**351723-26/3-148 від 22.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАКАРТИН, розчин оральний 1 г/10 мл; по 10 мл у флаконах; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**351723-26/3-148 від 22.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАКАРТИН, розчин оральний 1 г/10 мл; по 10 мл у флаконах; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357892-26/B-148, 357893-26/B-148, 357894-26/B-148, 357895-26/B-148 від 11.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМІКОН®, крем 1 %, по 15 г у тубі; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357892-26/B-148, 357893-26/B-148, 357894-26/B-148, 357895-26/B-148 від 11.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМІКОН®, крем 1 %, по 15 г у тубі; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357892-26/B-148, 357893-26/B-148, 357894-26/B-148, 357895-26/B-148 від 11.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМІКОН®, крем 1 %, по 15 г у тубі; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356769-26/3-148 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; капсули тверді по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356769-26/3-148 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; капсули тверді по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**356769-26/3-148 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКОКСА, капсули тверді по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 або 5 блістерів у картонній коробці; капсули тверді по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359504-26/B-138 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИПРАЗОЛ®, таблетки, по 10 мг, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359504-26/B-138 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИПРАЗОЛ®, таблетки, по 10 мг, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359504-26/B-138 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИПРАЗОЛ®, таблетки, по 10 мг, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359520-26/3-116, 359522-26/3-116 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАРСТІН, гель, 10 мг/г; по 80 г гелю в алюмінієвій тубі з внутрішнім лаковим покриттям, закритій поліетиленовим ковпачком; по 1 тубі у комплекті з дозуючим шпателем у картонній коробці**
Заявник	**СЕЙД С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359520-26/3-116, 359522-26/3-116 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАРСТІН, гель, 10 мг/г; по 80 г гелю в алюмінієвій тубі з внутрішнім лаковим покриттям, закритій поліетиленовим ковпачком; по 1 тубі у комплекті з дозуючим шпателем у картонній коробці**
Заявник	**СЕЙД С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359520-26/3-116, 359522-26/3-116 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАРСТІН, гель, 10 мг/г; по 80 г гелю в алюмінієвій тубі з внутрішнім лаковим покриттям, закритій поліетиленовим ковпачком; по 1 тубі у комплекті з дозуючим шпателем у картонній коробці**
Заявник	**СЕЙД С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**340128-25/3-152 від 26.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАРДИФЕРОН, таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**П'єр Фабр Медикамент, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**340128-25/3-152 від 26.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАРДИФЕРОН, таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**П'єр Фабр Медикамент, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**340128-25/3-152 від 26.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАРДИФЕРОН, таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**П'єр Фабр Медикамент, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357400-26/3-118 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг або 20 мг/10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357400-26/3-118 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг або 20 мг/10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357400-26/3-118 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг або 20 мг/10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357400-26/3-118 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг або 20 мг/10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357400-26/3-118 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг або 20 мг/10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**357400-26/3-118 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг або 20 мг/10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359469-26/3-137 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг; по 75 мг; по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359469-26/3-137 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг; по 75 мг; по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359469-26/3-137 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг; по 75 мг; по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359469-26/3-137 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг; по 75 мг; по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359469-26/3-137 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг; по 75 мг; по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359469-26/3-137 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг; по 75 мг; по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

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

Реєстраційна форма, дата	**359469-26/3-137 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг; по 75 мг; по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359469-26/3-137 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг; по 75 мг; по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359469-26/3-137 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг; по 75 мг; по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359797-26/3-124 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАДИН®, мазь 10 %; по 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359797-26/3-124 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАДИН®, мазь 10 %; по 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359797-26/3-124 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАДИН®, мазь 10 %; по 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358694-26/3-126, 358695-26/3-126 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОНЕКСТ, краплі очні, розчин, 5 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315 (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	**358694-26/3-126, 358695-26/3-126 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОНЕКСТ, краплі очні, розчин, 5 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315 (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	**358694-26/3-126, 358695-26/3-126 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОНЕКСТ, краплі очні, розчин, 5 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315 (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	**359395-26/3-139 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАЛАЇН ОВУЛІ, песарії по 0,3 г, по 1 песарію у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359395-26/3-139 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАЛАЇН ОВУЛІ, песарії по 0,3 г, по 1 песарію у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359395-26/3-139 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАЛАЇН ОВУЛІ, песарії по 0,3 г, по 1 песарію у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354970-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОКСІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354970-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОКСІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354970-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОКСІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**359979-26/3-147 від 16.06.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359979-26/3-147 від 16.06.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359979-26/3-147 від 16.06.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354970-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОКСІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354970-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОКСІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354970-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОКСІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**359316-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТИЛЕПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359316-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТИЛЕПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359316-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТИЛЕПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359316-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТИЛЕПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359316-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТИЛЕПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359316-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТИЛЕПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359437-26/3-120 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТИМУЛОТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359437-26/3-120 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТИМУЛОТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359437-26/3-120 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТИМУЛОТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343415-25/B-146, 343416-25/B-146 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОГИНИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці; або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 1 таблетці у блістері; по 180 блістерів у картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 150 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ АЛЛІАФАРМ ЄВРОПА, Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359443-26/3-146 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛІПРАМІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 50 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359443-26/3-146 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛІПРАМІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 50 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359443-26/3-146 від 08.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛІПРАМІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 50 таблеток у скляному флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359316-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТИЛЕПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359316-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТИЛЕПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359316-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТИЛЕПТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359315-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКАЇН, розчин для ін'єкцій 2 %, по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 або по 20 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359315-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКАЇН, розчин для ін'єкцій 2 %, по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 або по 20 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359315-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКАЇН, розчин для ін'єкцій 2 %, по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 або по 20 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359311-26/3-146 від 05.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОТЕНДИН, таблетки по 5 мг/5 мг; по 5 мг/10 мг; по 10 мг/10 мг; по 10 мг/5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345065-25/B-100, 360957-26/B-100 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОСИНДАН, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 2 мл або 5 мл, або 15 мл, або 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці картонній**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345065-25/B-100, 360957-26/B-100 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОСИНДАН, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 2 мл або 5 мл, або 15 мл, або 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці картонній**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345065-25/B-100, 360957-26/B-100 від 03.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОСИНДАН, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 2 мл або 5 мл, або 15 мл, або 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці картонній**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358420-26/B-98 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ, таблетки по 0,03 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358420-26/B-98 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ, таблетки по 0,03 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358420-26/B-98 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ, таблетки по 0,03 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359959-26/B-146 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКВАВІТ-Д3 , розчин оральний, 375 мкг/мл (15000 МО/мл); по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з пробкою-крапельницею у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359959-26/B-146 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКВАВІТ-Д3 , розчин оральний, 375 мкг/мл (15000 МО/мл); по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з пробкою-крапельницею у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359959-26/B-146 від 15.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКВАВІТ-Д3 , розчин оральний, 375 мкг/мл (15000 МО/мл); по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з пробкою-крапельницею у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358157-26/B-146 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД, розчин для інфузій, 50 мг/мл по 200 мл у пляшках; по 200 мл, 400 мл у контейнерах полімерних**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358157-26/B-146 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД, розчин для інфузій, 50 мг/мл по 200 мл у пляшках; по 200 мл, 400 мл у контейнерах полімерних**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358157-26/B-146 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД, розчин для інфузій, 50 мг/мл по 200 мл у пляшках; по 200 мл, 400 мл у контейнерах полімерних**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359761-26/B-145 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг** **по 5 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359761-26/B-145 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг** **по 5 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359761-26/B-145 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг** **по 5 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355339-26/B-145 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІДИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355339-26/B-145 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІДИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355339-26/B-145 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІДИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354798-26/B-145, 354799-26/B-145, 354800-26/B-145, 354801-26/B-145, 354802-26/B-145, 354803-26/B-145, 354804-26/B-145, 354805-26/B-145, 354806-26/B-145, 354807-26/B-145, 354808-26/B-145, 354809-26/B-145, 354810-26/B-145, 361731-26/B-145, 361732-26/B-145 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕУФІЛІН, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл; по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354798-26/B-145, 354799-26/B-145, 354800-26/B-145, 354801-26/B-145, 354802-26/B-145, 354803-26/B-145, 354804-26/B-145, 354805-26/B-145, 354806-26/B-145, 354807-26/B-145, 354808-26/B-145, 354809-26/B-145, 354810-26/B-145, 361731-26/B-145, 361732-26/B-145 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕУФІЛІН, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл; по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354798-26/B-145, 354799-26/B-145, 354800-26/B-145, 354801-26/B-145, 354802-26/B-145, 354803-26/B-145, 354804-26/B-145, 354805-26/B-145, 354806-26/B-145, 354807-26/B-145, 354808-26/B-145, 354809-26/B-145, 354810-26/B-145, 361731-26/B-145, 361732-26/B-145 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕУФІЛІН, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл; по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358793-26/B-145 від 26.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІГЕСТ-КВ , таблетки по 2 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358793-26/B-145 від 26.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІГЕСТ-КВ , таблетки по 2 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358793-26/B-145 від 26.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІГЕСТ-КВ , таблетки по 2 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360043-26/B-145, 360044-26/B-145 від 17.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕНТАЛГІН-ФС, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістерах**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360043-26/B-145, 360044-26/B-145 від 17.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕНТАЛГІН-ФС, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістерах**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360043-26/B-145, 360044-26/B-145 від 17.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕНТАЛГІН-ФС, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістерах**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358420-26/B-98 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ, таблетки по 0,03 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358420-26/B-98 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ, таблетки по 0,03 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358420-26/B-98 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ, таблетки по 0,03 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360609-26/B-60, 360610-26/B-60 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬФАЦИЛ НАТРІЮ, краплі очні 30 %; по 10 мл у пластиковому флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360609-26/B-60, 360610-26/B-60 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬФАЦИЛ НАТРІЮ, краплі очні 30 %; по 10 мл у пластиковому флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360609-26/B-60, 360610-26/B-60 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬФАЦИЛ НАТРІЮ, краплі очні 30 %; по 10 мл у пластиковому флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357653-26/B-120 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОНМІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357653-26/B-120 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОНМІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357653-26/B-120 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОНМІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359760-26/B-145 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛУРАЦИЛ, мазь 10%;** **по 15 г, 25 г або 40 г у тубах; по 1 тубі в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359760-26/B-145 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛУРАЦИЛ, мазь 10%; по 15 г, 25 г або 40 г у тубах; по 1 тубі в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359760-26/B-145 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛУРАЦИЛ, мазь 10%; по 15 г, 25 г або 40 г у тубах; по 1 тубі в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**224848-19/3-97 від 17.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАСТОДИНОН®, краплі оральні, по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**224848-19/3-97 від 17.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАСТОДИНОН®, краплі оральні, по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**224848-19/3-97 від 17.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАСТОДИНОН®, краплі оральні, по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354560-26/B-97, 354561-26/B-97, 354562-26/B-97, 354563-26/B-97, 354564-26/B-97 від 17.03.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354560-26/B-97, 354561-26/B-97, 354562-26/B-97, 354563-26/B-97, 354564-26/B-97 від 17.03.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354560-26/B-97, 354561-26/B-97, 354562-26/B-97, 354563-26/B-97, 354564-26/B-97 від 17.03.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
Прийнято співробітником УКЕМ	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
Прийнято співробітником УКЕМ	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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**	
Прийнято співробітником УКЕМ	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**345331-25/B-137, 345332-25/B-137, 345333-25/B-137, 345334-25/B-137, 345335-25/B-137 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІПОТЕЛ, таблетки по 40 мг; по 80 мг;** **для виробника ТОВ "КУСУМ ФАРМА", Україна/ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", 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 блістерів у картонній коробці** **для 80 мг in bulk: № 2800 (14х200): по 14 таблеток у блістері; по 200 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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**	
Прийнято співробітником УКЕМ	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360184-26/B-100 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК, мазь, 2 %; по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk № 169 (1х169): по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 169 туб у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360184-26/B-100 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК, мазь, 2 %; по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk № 169 (1х169): по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 169 туб у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360184-26/B-100 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК, мазь, 2 %; по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk № 169 (1х169): по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 169 туб у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**334107-25/B-144 від 17.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИМАЛІН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій не менше 1,5 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**334107-25/B-144 від 17.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИМАЛІН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій не менше 1,5 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**334107-25/B-144 від 17.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИМАЛІН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій не менше 1,5 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**335957-25/З-100, 349020-25/З-100, 349021-25/З-100, 351869-26/З-100, 359810-26/З-100 від 15.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПАКІН ХРОНО® 500 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 500 мг; № 30: по 30 таблеток у контейнері, закритому кришкою з вологопоглиначем, в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**335957-25/З-100, 349020-25/З-100, 349021-25/З-100, 351869-26/З-100, 359810-26/З-100 від 15.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПАКІН ХРОНО® 500 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 500 мг; № 30: по 30 таблеток у контейнері, закритому кришкою з вологопоглиначем, в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**335957-25/3-100, 349020-25/3-100, 349021-25/3-100, 351869-26/3-100, 359810-26/3-100 від 15.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПАКІН ХРОНО® 500 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 500 мг; № 30: по 30 таблеток у контейнері, закритому кришкою з вологопоглиначем, в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360184-26/B-100 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК, мазь, 2 %; по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk № 169 (1х169): по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 169 туб у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360184-26/B-100 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК, мазь, 2 %; по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk № 169 (1х169): по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 169 туб у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360184-26/B-100 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАКТОПІК, мазь, 2 %; по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk № 169 (1х169): по 15 г мазі в алюмінієвій тубі, по 169 туб у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357388-26/B-117 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових з кришкою з котролем першого розкриття**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357388-26/B-117 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових з кришкою з котролем першого розкриття**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357388-26/B-117 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових з кришкою з котролем першого розкриття**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360612-26/B-61, 360613-26/B-61 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМІЦЕТИН, краплі очні 0,25 % по 10 мл у флаконі пластиковому; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360612-26/B-61, 360613-26/B-61 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМІЦЕТИН, краплі очні 0,25 % по 10 мл у флаконі пластиковому; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360612-26/B-61, 360613-26/B-61 від 25.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМІЦЕТИН, краплі очні 0,25 % по 10 мл у флаконі пластиковому; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357388-26/B-117 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових з кришкою з котролем першого розкриття**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357388-26/B-117 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових з кришкою з котролем першого розкриття**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357388-26/B-117 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 0,01 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 50 або 100 блістерів у пачці з картону; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових з кришкою з котролем першого розкриття**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357630-26/3-149 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРСАВО, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; in bulk: по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці; in bulk: по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357630-26/3-149 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРСАВО, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; in bulk: по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці; in bulk: по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357630-26/3-149 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРСАВО, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; in bulk: по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці; in bulk: по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357630-26/3-149 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРСАВО, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; in bulk: по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці; in bulk: по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357630-26/3-149 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРСАВО, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; in bulk: по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці; in bulk: по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357630-26/3-149 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРСАВО, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону у коробці; in bulk: по 4 мл (100 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці; in bulk: по 16 мл (400 мг) у флаконі; по 500 флаконів у коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356905-26/3-126, 356906-26/3-126 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган або по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356905-26/3-126, 356906-26/3-126 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган або по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356905-26/3-126, 356906-26/3-126 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган або по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356905-26/3-126, 356906-26/3-126 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган або по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356905-26/3-126, 356906-26/3-126 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган або по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356905-26/3-126, 356906-26/3-126 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган або по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358294-26/3-128 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ІНТЕЛІ НЕБ, суспензія для розпилення 0,25 мг/мл або 0,50 мг/мл; по 2 мл в однодозовому контейнері; по 5 контейнерів у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358294-26/3-128 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ІНТЕЛІ НЕБ, суспензія для розпилення 0,25 мг/мл або 0,50 мг/мл; по 2 мл в однодозовому контейнері; по 5 контейнерів у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358294-26/3-128 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ІНТЕЛІ НЕБ, суспензія для розпилення 0,25 мг/мл або 0,50 мг/мл; по 2 мл в однодозовому контейнері; по 5 контейнерів у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358294-26/3-128 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ІНТЕЛІ НЕБ, суспензія для розпилення 0,25 мг/мл або 0,50 мг/мл; по 2 мл в однодозовому контейнері; по 5 контейнерів у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358294-26/3-128 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ІНТЕЛІ НЕБ, суспензія для розпилення 0,25 мг/мл або 0,50 мг/мл; по 2 мл в однодозовому контейнері; по 5 контейнерів у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358294-26/3-128 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ІНТЕЛІ НЕБ, суспензія для розпилення 0,25 мг/мл або 0,50 мг/мл; по 2 мл в однодозовому контейнері; по 5 контейнерів у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360518-26/3-124 від 24.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХОЛІТИН, сироп; по 125 г у флаконі скляному або з поліетилентерефталату; по 1 флакону з мірним стаканчиком у картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360518-26/3-124 від 24.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХОЛІТИН, сироп; по 125 г у флаконі скляному або з поліетилентерефталату; по 1 флакону з мірним стаканчиком у картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360518-26/3-124 від 24.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХОЛІТИН, сироп; по 125 г у флаконі скляному або з поліетилентерефталату; по 1 флакону з мірним стаканчиком у картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354341-26/3-128 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛЕЛІСО, порошок ліофілізований для розчину для інфузій по 200 ОД; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354341-26/3-128 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛЕЛІСО, порошок ліофілізований для розчину для інфузій по 200 ОД; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354341-26/3-128 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛЕЛІСО, порошок ліофілізований для розчину для інфузій по 200 ОД; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340463-25/З-139, 340464-25/З-139 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОЗИДИМ, порошок для ін'єкцій по 1,0 г 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Євро Лайфкер Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340463-25/3-139, 340464-25/3-139 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОЗИДИМ, порошок для ін'єкцій по 1,0 г 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Євро Лайфкер Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340463-25/3-139, 340464-25/3-139 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОЗИДИМ, порошок для ін'єкцій по 1,0 г 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Євро Лайфкер Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347454-25/3-82, 347455-25/3-82, 347456-25/3-82, 347457-25/3-82, 347458-25/3-82 від 03.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347454-25/3-82, 347455-25/3-82, 347456-25/3-82, 347457-25/3-82, 347458-25/3-82 від 03.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347454-25/3-82, 347455-25/3-82, 347456-25/3-82, 347457-25/3-82, 347458-25/3-82 від 03.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355068-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІСКАЛІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці, по 3 коробки у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355068-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІСКАЛІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці, по 3 коробки у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355068-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІСКАЛІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці, по 3 коробки у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357019-26/3-123 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАРІВАКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій; 1 флакон з порошком (1 доза) в комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357019-26/3-123 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАРІВАКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій; 1 флакон з порошком (1 доза) в комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357019-26/3-123 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАРІВАКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій; 1 флакон з порошком (1 доза) в комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362101-26/3-61 від 28.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСМЕДЕТОМІДИН Б.БРАУН, концентрат для розчину для інфузій, 100 мкг/мл, по 2 мл, 4 мл та 10 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362101-26/3-61 від 28.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСМЕДЕТОМІДИН Б.БРАУН, концентрат для розчину для інфузій, 100 мкг/мл, по 2 мл, 4 мл та 10 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362101-26/3-61 від 28.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСМЕДЕТОМІДИН Б.БРАУН, концентрат для розчину для інфузій, 100 мкг/мл, по 2 мл, 4 мл та 10 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358896-26/3-128 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНТРАКТУБЕКС, гель; по 10, 20 або 50 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358896-26/3-128 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНТРАКТУБЕКС, гель; по 10, 20 або 50 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358896-26/3-128 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНТРАКТУБЕКС, гель; по 10, 20 або 50 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349789-25/3-97 від 10.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТІНОЛ® АКУТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері, по 2, або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349789-25/3-97 від 10.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТІНОЛ® АКУТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері, по 2, або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349789-25/3-97 від 10.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТІНОЛ® АКУТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері, по 2, або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351662-26/3-149, 351663-26/3-149, 351664-26/3-149, 351665-26/3-149, 351666-26/3-149, 351667-26/3-149, 351668-26/3-149 від 20.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРИН®, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351662-26/3-149, 351663-26/3-149, 351664-26/3-149, 351665-26/3-149, 351666-26/3-149, 351667-26/3-149, 351668-26/3-149 від 20.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРИН®, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351662-26/3-149, 351663-26/3-149, 351664-26/3-149, 351665-26/3-149, 351666-26/3-149, 351667-26/3-149, 351668-26/3-149 від 20.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРИН®, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347454-25/3-82, 347455-25/3-82, 347456-25/3-82, 347457-25/3-82, 347458-25/3-82 від 03.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347454-25/3-82, 347455-25/3-82, 347456-25/3-82, 347457-25/3-82, 347458-25/3-82 від 03.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347454-25/3-82, 347455-25/3-82, 347456-25/3-82, 347457-25/3-82, 347458-25/3-82 від 03.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з закріпленою голкою та кришкою на голку. По 1 попередньо наповненому шприцу у блістері; 1 блістер у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355403-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕДИН-20®, капсули по 20 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 2500 капсул у подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355403-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕДИН-20®, капсули по 20 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 2500 капсул у подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355403-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕДИН-20®, капсули по 20 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 2500 капсул у подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356396-26/3-100 від 13.04.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356396-26/3-100 від 13.04.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356396-26/3-100 від 13.04.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348834-25/3-123, 348835-25/3-123, 348837-25/3-123, 348838-25/3-123 від 27.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАГАМ, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348834-25/3-123, 348835-25/3-123, 348837-25/3-123, 348838-25/3-123 від 27.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАГАМ, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348834-25/3-123, 348835-25/3-123, 348837-25/3-123, 348838-25/3-123 від 27.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАГАМ, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360568-26/3-100 від 25.06.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360568-26/3-100 від 25.06.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360568-26/3-100 від 25.06.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355431-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355403-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕДИН-20®, капсули по 20 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 2500 капсул у подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355403-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕДИН-20®, капсули по 20 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 2500 капсул у подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355403-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕДИН-20®, капсули по 20 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 2500 капсул у подвійних поліетиленових пакетах**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359103-26/3-147, 359104-26/3-147, 359105-26/3-147 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359103-26/3-147, 359104-26/3-147, 359105-26/3-147 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359103-26/3-147, 359104-26/3-147, 359105-26/3-147 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359103-26/3-147, 359104-26/3-147, 359105-26/3-147 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359103-26/3-147, 359104-26/3-147, 359105-26/3-147 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359103-26/3-147, 359104-26/3-147, 359105-26/3-147 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл, флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359271-26/3-149 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ®, таблетки по 5 мг; по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359271-26/3-149 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ®, таблетки по 5 мг; по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359271-26/3-149 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ®, таблетки по 5 мг; по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359562-26/3-88 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359562-26/3-88 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359562-26/3-88 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359271-26/3-149 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ®, таблетки по 5 мг; по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359271-26/3-149 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ®, таблетки по 5 мг; по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359271-26/3-149 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ®, таблетки по 5 мг; по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359255-26/3-147 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг або по 10 мг/5 мг або по 5 мг/10 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359562-26/3-88 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359562-26/3-88 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359562-26/3-88 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг; по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357437-26/3-128 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРЕНА, внутрішньоматкова система з левоноргестрелом, 52 мг (20 мкг/24 години); внутрішньоматкова система та пристрій для введення (запаяний в окремий блістер), запаковані в стерильний, запаяний мішечок, що поміщається в картонну пачку**
Заявник	**Байєр Оу, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357437-26/3-128 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРЕНА, внутрішньоматкова система з левоноргестрелом, 52 мг (20 мкг/24 години); внутрішньоматкова система та пристрій для введення (запаяний в окремий блістер), запаковані в стерильний, запаяний мішечок, що поміщається в картонну пачку**
Заявник	**Байєр Оу, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357437-26/3-128 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРЕНА, внутрішньоматкова система з левоноргестрелом, 52 мг (20 мкг/24 години); внутрішньоматкова система та пристрій для введення (запаяний в окремий блістер), запаковані в стерильний, запаяний мішечок, що поміщається в картонну пачку**
Заявник	**Байєр Оу, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354009-26/B-138 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИЛОСПРЕЙ, спрей назальний, 0,5 мг/мл; по 10 мл у флаконі з насосом дозатором із розпилювачем; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354009-26/B-138 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИЛОСПРЕЙ, спрей назальний, 0,5 мг/мл; по 10 мл у флаконі з насосом дозатором із розпилювачем; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354009-26/B-138 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИЛОСПРЕЙ, спрей назальний, 0,5 мг/мл; по 10 мл у флаконі з насосом дозатором із розпилювачем; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**358694-26/3-126, 358695-26/3-126 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОНЕКСТ, краплі очні, розчин, 5 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358694-26/3-126, 358695-26/3-126 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОНЕКСТ, краплі очні, розчин, 5 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358694-26/3-126, 358695-26/3-126 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОНЕКСТ, краплі очні, розчин, 5 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**БІОСАЙНС ГРУП ЛАБОРАТОРІЗ с.р.о. , Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355863-26/3-148, 355864-26/3-148 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЗОПРАЛ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій, по 40 мг, по 10 скляних флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355863-26/3-148, 355864-26/3-148 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЗОПРАЛ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій, по 40 мг, по 10 скляних флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355863-26/3-148, 355864-26/3-148 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЗОПРАЛ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій, по 40 мг, по 10 скляних флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354046-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЛАРІС, розчин для ін`єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл у флаконі; по 1 флакону у коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354046-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЛАРІС, розчин для ін`єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл у флаконі; по 1 флакону у коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354046-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЛАРІС, розчин для ін`єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл у флаконі; по 1 флакону у коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357476-26/3-120 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® КВІКТАБ, таблетки, що диспергуються, по 500 мг/125 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357476-26/3-120 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® КВІКТАБ, таблетки, що диспергуються, по 500 мг/125 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357476-26/3-120 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® КВІКТАБ, таблетки, що диспергуються, по 500 мг/125 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**313856-24/3-132 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБІРОН, таблетки вкриті плівковою оболонкою по 500 мг, по 10 таблеток вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**313856-24/3-132 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБІРОН, таблетки вкриті плівковою оболонкою по 500 мг, по 10 таблеток вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**313856-24/3-132 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБІРОН, таблетки вкриті плівковою оболонкою по 500 мг, по 10 таблеток вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342566-25/B-137 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 15 мг, 20 мг** **для дозування 15 мг: по 14 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;** **для дозування 10 мг та 20 мг: по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342566-25/B-137 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 15 мг, 20 мг** **для дозування 15 мг: по 14 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;** **для дозування 10 мг та 20 мг: по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342566-25/B-137 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 15 мг, 20 мг** **для дозування 15 мг: по 14 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;** **для дозування 10 мг та 20 мг: по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342566-25/B-137 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 15 мг, 20 мг** **для дозування 15 мг: по 14 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;** **для дозування 10 мг та 20 мг: по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342566-25/B-137 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 15 мг, 20 мг** **для дозування 15 мг: по 14 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;** **для дозування 10 мг та 20 мг: по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342566-25/B-137 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 15 мг, 20 мг** **для дозування 15 мг: по 14 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;** **для дозування 10 мг та 20 мг: по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342502-25/B-96 від 06.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРОКСАБАН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342502-25/B-96 від 06.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРОКСАБАН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342502-25/B-96 від 06.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРОКСАБАН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351573-26/B-118 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОПІЛОНГ, розчин для ін'єкцій, 7,5 мг/мл по 10 мл у ампулах скляних, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351573-26/B-118 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОПІЛОНГ, розчин для ін'єкцій, 7,5 мг/мл по 10 мл у ампулах скляних, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351573-26/B-118 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОПІЛОНГ, розчин для ін'єкцій, 7,5 мг/мл по 10 мл у ампулах скляних, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351565-26/B-116 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОПІЛОНГ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 10 мл у ампулах скляних, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351565-26/B-116 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОПІЛОНГ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 10 мл у ампулах скляних, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351565-26/B-116 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОПІЛОНГ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 10 мл у ампулах скляних, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**358222-26/B-139 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ДУО, таблетки для розсмоктування, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**358222-26/B-139 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ДУО, таблетки для розсмоктування, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**358222-26/B-139 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ДУО, таблетки для розсмоктування, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**342566-25/B-137 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 15 мг, 20 мг** **для дозування 15 мг: по 14 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;** **для дозування 10 мг та 20 мг: по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342566-25/B-137 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 15 мг, 20 мг** **для дозування 15 мг: по 14 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;** **для дозування 10 мг та 20 мг: по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342566-25/B-137 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИВАРЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 15 мг, 20 мг** **для дозування 15 мг: по 14 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;** **для дозування 10 мг та 20 мг: по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**362075-26/B-145 від 27.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОЗАПІН, порошок кристалічний (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**362075-26/B-145 від 27.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОЗАПІН, порошок кристалічний (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**362075-26/B-145 від 27.07.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОЗАПІН, порошок кристалічний (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351669-26/B-148 від 20.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОПІЛОНГ, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 100 мл у флаконах скляних, по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351669-26/B-148 від 20.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОПІЛОНГ, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 100 мл у флаконах скляних, по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351669-26/B-148 від 20.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОПІЛОНГ, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 100 мл у флаконах скляних, по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**342180-25/B-60 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 10 МГ/МЛ : КБД 10 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342180-25/B-60 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 10 МГ/МЛ : КБД 10 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342180-25/B-60 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 10 МГ/МЛ : КБД 10 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341924-25/B-97 від 28.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 25 МГ/МЛ : КБД 25 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341924-25/B-97 від 28.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 25 МГ/МЛ : КБД 25 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341924-25/B-97 від 28.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 25 МГ/МЛ : КБД 25 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина маслянистa (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342595-25/B-145 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 15 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342595-25/B-145 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 15 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342595-25/B-145 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 15 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина маслянистa (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341914-25/B-145 від 28.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 25 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341914-25/B-145 від 28.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 25 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341914-25/B-145 від 28.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОР-ЛАЙН ТГК 25 МГ/МЛ, екстракт стандартизований рідина масляниста (субстанція) по 30 мл у флаконах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ОРГАНІЯФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347820-25/B-116 від 11.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347820-25/B-116 від 11.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347820-25/B-116 від 11.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354025-26/B-132 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИЛОСПРЕЙ, спрей назальний, 1,0 мг/мл по 10 мл у флаконі з насосом дозатором із розпилювачем; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354025-26/B-132 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИЛОСПРЕЙ, спрей назальний, 1,0 мг/мл по 10 мл у флаконі з насосом дозатором із розпилювачем; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354025-26/B-132 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИЛОСПРЕЙ, спрей назальний, 1,0 мг/мл по 10 мл у флаконі з насосом дозатором із розпилювачем; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351602-26/B-06 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСІС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 500 мг по 10 таблеток у блістері, по 3, 5 або 10 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351602-26/B-06 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСІС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 500 мг по 10 таблеток у блістері, по 3, 5 або 10 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**351602-26/B-06 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСІС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 500 мг по 10 таблеток у блістері, по 3, 5 або 10 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**354234-26/3-118 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОЗОЛОМІД АККОРД, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг, або по 140 мг, або по 180 мг, або по 250 мг; по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**342707-25/3-132 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАСКАЛЬ ТРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/5 мг/12,5 мг по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці або по 40 мг/10 мг/25 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у пачці**
Заявник	**СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342707-25/3-132 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАСКАЛЬ ТРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/5 мг/12,5 мг по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці або по 40 мг/10 мг/25 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у пачці**
Заявник	**СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342707-25/3-132 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАСКАЛЬ ТРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/5 мг/12,5 мг по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці або по 40 мг/10 мг/25 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у пачці**
Заявник	**СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342707-25/3-132 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАСКАЛЬ ТРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/5 мг/12,5 мг по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці або по 40 мг/10 мг/25 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у пачці**
Заявник	**СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342707-25/3-132 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАСКАЛЬ ТРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/5 мг/12,5 мг по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці або по 40 мг/10 мг/25 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у пачці**
Заявник	**СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342707-25/3-132 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАСКАЛЬ ТРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/5 мг/12,5 мг по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці або по 40 мг/10 мг/25 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у пачці**
Заявник	**СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355015-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЗОЛОНГ®, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 40 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у пачці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355015-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЗОЛОНГ®, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 40 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у пачці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355015-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЗОЛОНГ®, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 40 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у пачці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359768-26/3-153 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРМОТЕРОЛ ІЗІХЕЙЛЕР, порошок для інгаляцій 12 мкг/доза; по 120 доз (12 мкг/дозу) в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету в картонній коробці; по 120 доз (12 мкг/дозу) в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету та захисному контейнеру для інгалятора в картонній коробці**
Заявник	**Оріон Корпорейшн, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359768-26/3-153 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРМОТЕРОЛ ІЗІХЕЙЛЕР, порошок для інгаляцій 12 мкг/доза; по 120 доз (12 мкг/дозу) в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету в картонній коробці; по 120 доз (12 мкг/дозу) в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету та захисному контейнеру для інгалятора в картонній коробці**
Заявник	**Оріон Корпорейшн, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359768-26/3-153 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРМОТЕРОЛ ІЗІХЕЙЛЕР, порошок для інгаляцій 12 мкг/доза; по 120 доз (12 мкг/дозу) в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету в картонній коробці; по 120 доз (12 мкг/дозу) в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету та захисному контейнеру для інгалятора в картонній коробці**
Заявник	**Оріон Корпорейшн, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341938-25/3-152 від 28.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОЛІПРЕЛ® АРГІНІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 14 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці з картону; по 30 таблеток у контейнері; по 1 або по 3 контейнери в коробці з картону;**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341938-25/3-152 від 28.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОЛІПРЕЛ® АРГІНІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 14 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці з картону; по 30 таблеток у контейнері; по 1 або по 3 контейнери в коробці з картону;**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341938-25/3-152 від 28.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОЛІПРЕЛ® АРГІНІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 14 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці з картону; по 30 таблеток у контейнері; по 1 або по 3 контейнери в коробці з картону;**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359534-26/3-130 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЗЕПІЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359534-26/3-130 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЗЕПІЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359534-26/3-130 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЗЕПІЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355818-26/3-130 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН, розчин для ін'єкцій, 5 МО/1 мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355818-26/3-130 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН, розчин для ін'єкцій, 5 МО/1 мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355818-26/3-130 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН, розчин для ін'єкцій, 5 МО/1 мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355819-26/3-130 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКСЕТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355819-26/3-130 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКСЕТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355819-26/3-130 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКСЕТИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355817-26/3-130 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ДИРОТОН®, таблетки, 10 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355817-26/3-130 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ДИРОТОН®, таблетки, 10 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355817-26/3-130 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ДИРОТОН®, таблетки, 10 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359534-26/3-130 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЗЕПІЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359534-26/3-130 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЗЕПІЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359534-26/3-130 від 09.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЗЕПІЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351951-26/B-130 від 27.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІОПРИДИН®, таблетки по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 5 блістерів у пачці;**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351951-26/B-130 від 27.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІОПРИДИН®, таблетки по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 5 блістерів у пачці;**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351951-26/B-130 від 27.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІОПРИДИН®, таблетки по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 5 блістерів у пачці;**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359125-26/3-140 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІФЛЕКС® ДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; 6 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359125-26/3-140 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІФЛЕКС® ДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; 6 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359125-26/3-140 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІФЛЕКС® ДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; 6 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359129-26/B-124 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ДЛЯ ДІТЕЙ, порошок для орального розчину з малиновим смаком; по 2,5 г порошку в саше; по 6 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359129-26/B-124 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ДЛЯ ДІТЕЙ, порошок для орального розчину з малиновим смаком; по 2,5 г порошку в саше; по 6 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359129-26/B-124 від 02.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ДЛЯ ДІТЕЙ, порошок для орального розчину з малиновим смаком; по 2,5 г порошку в саше; по 6 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358762-26/B-28 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИДОКСИН-ДАРНИЦЯ (ВІТАМІН В6-ДАРНИЦЯ), розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358762-26/B-28 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИДОКСИН-ДАРНИЦЯ (ВІТАМІН В6-ДАРНИЦЯ), розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358762-26/B-28 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИДОКСИН-ДАРНИЦЯ (ВІТАМІН В6-ДАРНИЦЯ), розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358926-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОДОПА, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358926-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОДОПА, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358926-26/B-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОДОПА, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355063-26/B-28 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАГРОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 60 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістера по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 90 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістери по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток або по 12 блістерів по 14 таблеток у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355063-26/B-28 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАГРОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 60 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістера по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 90 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістери по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток або по 12 блістерів по 14 таблеток у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355063-26/B-28 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАГРОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 60 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістера по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 90 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістери по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток або по 12 блістерів по 14 таблеток у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360639-26/B-28, 360640-26/B-28 від 26.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАМЕТАЗОН-СТАДА, краплі очні 0,1% по 10 мл у пластиковому флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360639-26/B-28, 360640-26/B-28 від 26.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАМЕТАЗОН-СТАДА, краплі очні 0,1% по 10 мл у пластиковому флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360639-26/B-28, 360640-26/B-28 від 26.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАМЕТАЗОН-СТАДА, краплі очні 0,1% по 10 мл у пластиковому флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354628-26/B-61, 354629-26/B-61, 354630-26/B-61, 354631-26/B-61 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354628-26/B-61, 354629-26/B-61, 354630-26/B-61, 354631-26/B-61 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354628-26/B-61, 354629-26/B-61, 354630-26/B-61, 354631-26/B-61 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356366-26/B-96 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІЦЕРГОЛІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356366-26/B-96 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІЦЕРГОЛІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356366-26/B-96 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІЦЕРГОЛІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357287-26/B-96 від 28.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНКОМІЦИН, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357287-26/B-96 від 28.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНКОМІЦИН, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357287-26/B-96 від 28.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНКОМІЦИН, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359246-26/B-98 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКСІЦИН®, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл, по 250 мл у пляшках полімерних; по одній пляшці у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359246-26/B-98 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКСІЦИН®, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл, по 250 мл у пляшках полімерних; по одній пляшці у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359246-26/B-98 від 04.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКСІЦИН®, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл, по 250 мл у пляшках полімерних; по одній пляшці у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354628-26/B-61, 354629-26/B-61, 354630-26/B-61, 354631-26/B-61 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354628-26/B-61, 354629-26/B-61, 354630-26/B-61, 354631-26/B-61 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354628-26/B-61, 354629-26/B-61, 354630-26/B-61, 354631-26/B-61 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355063-26/B-28 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАГРОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 60 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістера по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 90 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістери по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток або по 12 блістерів по 14 таблеток у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355063-26/B-28 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАГРОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 60 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістера по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 90 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістери по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток або по 12 блістерів по 14 таблеток у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355063-26/B-28 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАГРОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 60 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістера по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 90 мг по 10, 14 або 56 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістери по 56 таблеток, або по 4 блістери по 14 таблеток, або по 6 блістерів по 10 таблеток або по 12 блістерів по 14 таблеток у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356246-26/3-97 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОВАТІНЕКС, капсули кишковорозчинні, м`які, по 10 капсул в блістері, по 5 блістерів в пачці з картону**
Заявник	**Рова Фармасьютікалс Лтд. , Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356246-26/3-97 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОВАТІНЕКС, капсули кишковорозчинні, м`які, по 10 капсул в блістері, по 5 блістерів в пачці з картону**
Заявник	**Рова Фармасьютікалс Лтд. , Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356246-26/3-97 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОВАТІНЕКС, капсули кишковорозчинні, м`які, по 10 капсул в блістері, по 5 блістерів в пачці з картону**
Заявник	**Рова Фармасьютікалс Лтд. , Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358449-26/3-140 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПРАТРОПІУМ-ІНТЕЛІ, інгаляція під тиском, розчин по 20 мкг/доза; по 10 мл розчину (200 доз) у балоні; по 1 балону у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358449-26/3-140 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПРАТРОПІУМ-ІНТЕЛІ, інгаляція під тиском, розчин по 20 мкг/доза; по 10 мл розчину (200 доз) у балоні; по 1 балону у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358449-26/3-140 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПРАТРОПІУМ-ІНТЕЛІ, інгаляція під тиском, розчин по 20 мкг/доза; по 10 мл розчину (200 доз) у балоні; по 1 балону у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358554-26/3-124 від 21.05.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358554-26/3-124 від 21.05.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358554-26/3-124 від 21.05.2026**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355391-26/3-82 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТОЗАР®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 100 мг; 1 флакон з ліофілізатом та 1 ампула з розчинником (спирт бензиловий, вода для ін'єкцій) по 5 мл у картонній коробці; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355391-26/3-82 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТОЗАР®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 100 мг; 1 флакон з ліофілізатом та 1 ампула з розчинником (спирт бензиловий, вода для ін'єкцій) по 5 мл у картонній коробці; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355391-26/3-82 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТОЗАР®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 100 мг; 1 флакон з ліофілізатом та 1 ампула з розчинником (спирт бензиловий, вода для ін'єкцій) по 5 мл у картонній коробці; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355391-26/3-82 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТОЗАР®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 100 мг; 1 флакон з ліофілізатом та 1 ампула з розчинником (спирт бензиловий, вода для ін'єкцій) по 5 мл у картонній коробці; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355391-26/3-82 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТОЗАР®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 100 мг; 1 флакон з ліофілізатом та 1 ампула з розчинником (спирт бензиловий, вода для ін'єкцій) по 5 мл у картонній коробці; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355391-26/3-82 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТОЗАР®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 100 мг; 1 флакон з ліофілізатом та 1 ампула з розчинником (спирт бензиловий, вода для ін'єкцій) по 5 мл у картонній коробці; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349833-25/3-152, 349834-25/3-152, 349835-25/3-152, 349836-25/3-152, 349839-25/3-152, 349840-25/3-152, 349841-25/3-152, 349843-25/3-152, 349845-25/3-152, 349846-25/3-152, 349847-25/3-152 від 10.12.2025**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349833-25/3-152, 349834-25/3-152, 349835-25/3-152, 349836-25/3-152, 349839-25/3-152, 349840-25/3-152, 349841-25/3-152, 349843-25/3-152, 349845-25/3-152, 349846-25/3-152, 349847-25/3-152 від 10.12.2025**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349833-25/3-152, 349834-25/3-152, 349835-25/3-152, 349836-25/3-152, 349839-25/3-152, 349840-25/3-152, 349841-25/3-152, 349843-25/3-152, 349845-25/3-152, 349846-25/3-152, 349847-25/3-152 від 10.12.2025**
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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349901-25/3-140 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНАДОЛ БЕБІ, суспензія оральна, 120 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону та мірному пристрою у вигляді шприца в картонній коробці**
Заявник	**Халеон ЮК Трейдінг Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349901-25/3-140 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНАДОЛ БЕБІ, суспензія оральна, 120 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону та мірному пристрою у вигляді шприца в картонній коробці**
Заявник	**Халеон ЮК Трейдінг Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349901-25/3-140 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНАДОЛ БЕБІ, суспензія оральна, 120 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону та мірному пристрою у вигляді шприца в картонній коробці**
Заявник	**Халеон ЮК Трейдінг Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345939-25/3-130, 345940-25/3-130, 345941-25/3-130, 345942-25/3-130, 345943-25/3-130, 345944-25/3-130, 348089-25/3-130, 348090-25/3-130 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ , суспензія оральна з полуничним смаком, 100 мг/5 мл; по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345939-25/3-130, 345940-25/3-130, 345941-25/3-130, 345942-25/3-130, 345943-25/3-130, 345944-25/3-130, 348089-25/3-130, 348090-25/3-130 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ , суспензія оральна з полуничним смаком, 100 мг/5 мл; по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345939-25/3-130, 345940-25/3-130, 345941-25/3-130, 345942-25/3-130, 345943-25/3-130, 345944-25/3-130, 348089-25/3-130, 348090-25/3-130 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ , суспензія оральна з полуничним смаком, 100 мг/5 мл; по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356658-26/3-152 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АВОДАРТ, капсули м'які желатинові по 0,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356658-26/3-152 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АВОДАРТ, капсули м'які желатинові по 0,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356658-26/3-152 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АВОДАРТ, капсули м'які желатинові по 0,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360250-26/3-124, 360251-26/3-124, 360252-26/3-124, 360253-26/3-124, 360254-26/3-124, 360255-26/3-124, 360256-26/3-124, 360257-26/3-124 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРИН КАРДІО®, таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 7 блістерів в картонній пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360250-26/3-124, 360251-26/3-124, 360252-26/3-124, 360253-26/3-124, 360254-26/3-124, 360255-26/3-124, 360256-26/3-124, 360257-26/3-124 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРИН КАРДІО®, таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 7 блістерів в картонній пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360250-26/3-124, 360251-26/3-124, 360252-26/3-124, 360253-26/3-124, 360254-26/3-124, 360255-26/3-124, 360256-26/3-124, 360257-26/3-124 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРИН КАРДІО®, таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 7 блістерів в картонній пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351819-26/3-152, 351820-26/3-152, 351821-26/3-152, 351822-26/3-152, 351823-26/3-152, 351824-26/3-152, 351825-26/3-152 від 23.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРИН® С, таблетки шипучі; по 2 таблетки у стрипі; по 5 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351819-26/3-152, 351820-26/3-152, 351821-26/3-152, 351822-26/3-152, 351823-26/3-152, 351824-26/3-152, 351825-26/3-152 від 23.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРИН® С, таблетки шипучі; по 2 таблетки у стрипі; по 5 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351819-26/3-152, 351820-26/3-152, 351821-26/3-152, 351822-26/3-152, 351823-26/3-152, 351824-26/3-152, 351825-26/3-152 від 23.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРИН® С, таблетки шипучі; по 2 таблетки у стрипі; по 5 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353315-26/3-152 від 20.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІСКАЛІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці, по 3 коробки у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353315-26/3-152 від 20.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІСКАЛІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці, по 3 коробки у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353315-26/3-152 від 20.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІСКАЛІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 21 таблетці у блістері, по 3 блістери у картонній коробці, по 3 коробки у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359658-26/3-126 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРАНЕСП, розчин для ін'єкцій, 25 мкг/мл; по 0,4 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл; по 0,3 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 500 мкг/мл; по 1,0 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359658-26/3-126 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРАНЕСП, розчин для ін'єкцій, 25 мкг/мл; по 0,4 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл; по 0,3 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 500 мкг/мл; по 1,0 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359658-26/3-126 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРАНЕСП, розчин для ін'єкцій, 25 мкг/мл; по 0,4 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл; по 0,3 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 500 мкг/мл; по 1,0 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359658-26/3-126 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРАНЕСП, розчин для ін'єкцій, 25 мкг/мл; по 0,4 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл; по 0,3 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 500 мкг/мл; по 1,0 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359658-26/3-126 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРАНЕСП, розчин для ін'єкцій, 25 мкг/мл; по 0,4 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл; по 0,3 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 500 мкг/мл; по 1,0 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359658-26/3-126 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРАНЕСП, розчин для ін'єкцій, 25 мкг/мл; по 0,4 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл; по 0,3 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 500 мкг/мл; по 1,0 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359658-26/3-126 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРАНЕСП, розчин для ін'єкцій, 25 мкг/мл; по 0,4 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл; по 0,3 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 500 мкг/мл; по 1,0 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359658-26/3-126 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРАНЕСП, розчин для ін'єкцій, 25 мкг/мл; по 0,4 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл; по 0,3 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 500 мкг/мл; по 1,0 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359658-26/3-126 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРАНЕСП, розчин для ін'єкцій, 25 мкг/мл; по 0,4 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл; по 0,3 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці; розчин для ін'єкцій, 500 мкг/мл; по 1,0 мл у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355564-26/3-124 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСВІАДИМ, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій, по 100 мг; №1: по 100 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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355564-26/3-124 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСВІАДИМ, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій, по 100 мг; №1: по 100 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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355564-26/3-124 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСВІАДИМ, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій, по 100 мг; №1: по 100 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	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344973-25/3-148 від 18.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКПЕНЕМ 1000, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**344973-25/3-148 від 18.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКПЕНЕМ 1000, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**344973-25/3-148 від 18.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКПЕНЕМ 1000, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**345436-25/3-132 від 29.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕПТОЛЕТЕ® ТОТАЛ ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА ТА ІМБИРУ (БУЛО: СЕПТОЛЕТЕ® ТОТАЛ ЛИМОН ТА ІМБИР СОФТ КОР), льодяники, 3 мг/1 мг, по 8 льодяників у блістері, по 1, по 2, по 3, по 4 або по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345436-25/3-132 від 29.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕПТОЛЕТЕ® ТОТАЛ ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА ТА ІМБИРУ (БУЛО: СЕПТОЛЕТЕ® ТОТАЛ ЛИМОН ТА ІМБИР СОФТ КОР), льодяники, 3 мг/1 мг, по 8 льодяників у блістері, по 1, по 2, по 3, по 4 або по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345436-25/3-132 від 29.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕПТОЛЕТЕ® ТОТАЛ ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА ТА ІМБИРУ (БУЛО: СЕПТОЛЕТЕ® ТОТАЛ ЛИМОН ТА ІМБИР СОФТ КОР), льодяники, 3 мг/1 мг, по 8 льодяників у блістері, по 1, по 2, по 3, по 4 або по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351405-26/3-146 від 12.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕНОХОП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351405-26/3-146 від 12.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕНОХОП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351405-26/3-146 від 12.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕНОХОП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349154-25/3-88, 349155-25/3-88, 349156-25/3-88, 349157-25/3-88, 349158-25/3-88 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАЙВОБЕТ, мазь; по 15 г або 30 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**ЛЕО Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349154-25/3-88, 349155-25/3-88, 349156-25/3-88, 349157-25/3-88, 349158-25/3-88 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАЙВОБЕТ, мазь; по 15 г або 30 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**ЛЕО Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349154-25/3-88, 349155-25/3-88, 349156-25/3-88, 349157-25/3-88, 349158-25/3-88 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАЙВОБЕТ, мазь; по 15 г або 30 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**ЛЕО Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358631-26/3-28, 358632-26/3-28, 358633-26/3-28, 358634-26/3-28 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНІКЛОФЕН, краплі очні, розчин 0,1 %, по 5 мл або 10 мл у контейнері-крапельниці; по 1 контейнеру-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358631-26/3-28, 358632-26/3-28, 358633-26/3-28, 358634-26/3-28 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНІКЛОФЕН, краплі очні, розчин 0,1 %, по 5 мл або 10 мл у контейнері-крапельниці; по 1 контейнеру-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358631-26/3-28, 358632-26/3-28, 358633-26/3-28, 358634-26/3-28 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНІКЛОФЕН, краплі очні, розчин 0,1 %, по 5 мл або 10 мл у контейнері-крапельниці; по 1 контейнеру-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355759-26/3-145 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНІФЛОКС, краплі очні/вушні, розчин 0,3 %; по 5 мл або 10 мл у пластиковому контейнері-крапельниці; по 1 контейнеру-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355759-26/3-145 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНІФЛОКС, краплі очні/вушні, розчин 0,3 %; по 5 мл або 10 мл у пластиковому контейнері-крапельниці; по 1 контейнеру-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355759-26/3-145 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНІФЛОКС, краплі очні/вушні, розчин 0,3 %; по 5 мл або 10 мл у пластиковому контейнері-крапельниці; по 1 контейнеру-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355770-26/B-61 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРОЦИТИН®С, Розчин оральний, 100 мг/мл, по 30 мл, або по 100 мл, або по 200 мл розчину у полімерному флаконі, по 1 флакону разом з оральним шприцом у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**355770-26/B-61 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРОЦИТИН®С, Розчин оральний, 100 мг/мл, по 30 мл, або по 100 мл, або по 200 мл розчину у полімерному флаконі, по 1 флакону разом з оральним шприцом у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**355770-26/B-61 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРОЦИТИН®С, Розчин оральний, 100 мг/мл, по 30 мл, або по 100 мл, або по 200 мл розчину у полімерному флаконі, по 1 флакону разом з оральним шприцом у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
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	**356972-26/3-61, 356973-26/3-61 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМАКТОПЛАН, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Альпен Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356972-26/3-61, 356973-26/3-61 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМАКТОПЛАН, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Альпен Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356972-26/3-61, 356973-26/3-61 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМАКТОПЛАН, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Альпен Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358497-26/3-145 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКЛАРА, крем 3,75 %;** **по 250 мг в саше; по 14 або 28 саше в упаковці**
Заявник	**Віатріс Хелскеа Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358497-26/3-145 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКЛАРА, крем 3,75 %;** **по 250 мг в саше; по 14 або 28 саше в упаковці**
Заявник	**Віатріс Хелскеа Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358497-26/3-145 від 20.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКЛАРА, крем 3,75 %;** **по 250 мг в саше; по 14 або 28 саше в упаковці**
Заявник	**Віатріс Хелскеа Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358056-26/3-145, 358057-26/3-145, 358058-26/3-145, 358059-26/3-145, 358060-26/3-145, 358061-26/3-145 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФЛУБІН®, таблетки;** **по 12 таблеток у блістері;** **по 1, 2, 3, або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358056-26/3-145, 358057-26/3-145, 358058-26/3-145, 358059-26/3-145, 358060-26/3-145, 358061-26/3-145 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФЛУБІН®, таблетки;** **по 12 таблеток у блістері;** **по 1, 2, 3, або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358056-26/3-145, 358057-26/3-145, 358058-26/3-145, 358059-26/3-145, 358060-26/3-145, 358061-26/3-145 від 13.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФЛУБІН®, таблетки;** **по 12 таблеток у блістері;** **по 1, 2, 3, або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360204-26/B-146 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСТРАЛОР, розчин для ротової порожнини по 120 мл або по 200 мл у флаконі скляному в пачці з мірним стаканчиком; по 120 мл або по 200 мл у флаконі полімерному в пачці з мірним стаканчиком;**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360204-26/B-146 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСТРАЛОР, розчин для ротової порожнини по 120 мл або по 200 мл у флаконі скляному в пачці з мірним стаканчиком; по 120 мл або по 200 мл у флаконі полімерному в пачці з мірним стаканчиком;**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360204-26/B-146 від 19.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСТРАЛОР, розчин для ротової порожнини по 120 мл або по 200 мл у флаконі скляному в пачці з мірним стаканчиком; по 120 мл або по 200 мл у флаконі полімерному в пачці з мірним стаканчиком;**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360301-26/З-152 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНА®, порошок для орального розчину; по 20 або 30 саше з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360301-26/3-152 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНА®, порошок для орального розчину; по 20 або 30 саше з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360301-26/З-152 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНА®, порошок для орального розчину; по 20 або 30 саше з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360304-26/3-152 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНА®, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі А в комплекті з 1 мл розчинника (діетаноламін, вода для ін'єкцій) в ампулі В; по 6 ампул А та 6 ампул В у футлярі; по 1 футляру в коробці з картону**
Заявник	**Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360304-26/3-152 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНА®, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі А в комплекті з 1 мл розчинника (діетаноламін, вода для ін'єкцій) в ампулі В; по 6 ампул А та 6 ампул В у футлярі; по 1 футляру в коробці з картону**
Заявник	**Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360304-26/3-152 від 22.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНА®, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі А в комплекті з 1 мл розчинника (діетаноламін, вода для ін'єкцій) в ампулі В; по 6 ампул А та 6 ампул В у футлярі; по 1 футляру в коробці з картону**
Заявник	**Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.09.2026 р. № 1315**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)