ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265846-21/3-136, 265851-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМТА, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 400 мг; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника в контурній чарунковій упаковці у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265846-21/3-136, 265851-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМТА, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 400 мг; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника в контурній чарунковій упаковці у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265846-21/3-136, 265851-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМТА, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 400 мг; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника в контурній чарунковій упаковці у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265956-21/В-92 від 12.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265956-21/В-92 від 12.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265956-21/В-92 від 12.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**263830-21/B-96 від 01.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІТРИПТИЛІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263830-21/B-96 від 01.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІТРИПТИЛІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263830-21/B-96 від 01.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІТРИПТИЛІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**264305-21/B-61, 264307-21/B-61 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРБІНОВА КИСЛОТА, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 1 мл або по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у пачці з картону; по 1 мл або по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 1 мл або по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264305-21/B-61, 264307-21/B-61 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРБІНОВА КИСЛОТА, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 1 мл або по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у пачці з картону; по 1 мл або по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 1 мл або по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264305-21/B-61, 264307-21/B-61 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРБІНОВА КИСЛОТА, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 1 мл або по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у пачці з картону; по 1 мл або по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; по 1 мл або по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**260879-21/3-96 від 09.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЕШ® МАГНІЙ ПЛЮС В6, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**260879-21/3-96 від 09.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЕШ® МАГНІЙ ПЛЮС B6, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**260879-21/3-96 від 09.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЕШ® МАГНІЙ ПЛЮС B6, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266509-21/B-116 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД ПЛЮС , спрей для ротової порожнини по 30 мл у флаконі зі скла з оральним розпилювальним пристроєм та запобіжним ковпачком в комплекті; по 1 флакону з оральним розпилювальним пристроєм і запобіжним ковпачком у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266509-21/В-116 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД ПЛЮС , спрей для ротової порожнини по 30 мл у флаконі зі скла з оральним розпилювальним пристроєм та запобіжним ковпачком в комплекті; по 1 флакону з оральним розпилювальним пристроєм і запобіжним ковпачком у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266509-21/В-116 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД ПЛЮС , спрей для ротової порожнини по 30 мл у флаконі зі скла з оральним розпилювальним пристроєм та запобіжним ковпачком в комплекті; по 1 флакону з оральним розпилювальним пристроєм і запобіжним ковпачком у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266513-21/В-116 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД ПЛЮС, обполіскувач для горла, концентрат по 50 мл у флаконі зі скла, закритому кришкою; по 1 флакону зі стаканом мірним у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266513-21/В-116 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД ПЛЮС, обполіскувач для горла, концентрат по 50 мл у флаконі зі скла, закритому кришкою; по 1 флакону зі стаканом мірним у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266513-21/В-116 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД ПЛЮС, обполіскувач для горла, концентрат по 50 мл у флаконі зі скла, закритому кришкою; по 1 флакону зі стаканом мірним у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**264035-21/З-130, 264036-21/З-130 від 07.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОЛЕКТРА МАГНЕЗІУМ ФОРТЕ, таблетки шипучі по 243 мг; по 10 таблеток у тубі; по 1 тубі в картонній коробці; по 4 таблетки у стрипі; по 5 стрипів в картонній коробці**
Заявник	**Альпен Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264035-21/З-130, 264036-21/З-130 від 07.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОЛЕКТРА МАГНЕЗІУМ ФОРТЕ, таблетки шипучі по 243 мг; по 10 таблеток у тубі; по 1 тубі в картонній коробці; по 4 таблетки у стрипі; по 5 стрипів в картонній коробці**
Заявник	**Альпен Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264035-21/З-130, 264036-21/З-130 від 07.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОЛЕКТРА МАГНЕЗІУМ ФОРТЕ, таблетки шипучі по 243 мг; по 10 таблеток у тубі; по 1 тубі в картонній коробці; по 4 таблетки у стрипі; по 5 стрипів в картонній коробці**
Заявник	**Альпен Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265697-21/3-66, 265699-21/3-66 від 06.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОТЕБАЛ, таблетки по 5 мг, по 30 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265697-21/3-66, 265699-21/3-66 від 06.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОТЕБАЛ, таблетки по 5 мг, по 30 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265697-21/3-66, 265699-21/3-66 від 06.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОТЕБАЛ, таблетки по 5 мг, по 30 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**257648-21/3-61, 257649-21/3-61, 257650-21/3-61, 257651-21/3-61, 257653-21/3-61, 257655-21/3-61, 257656-21/3-61, 257657-21/3-61, 257658-21/3-61 від 17.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСЕПТОЛ 480, концентрат для приготування розчину для інфузій (80 мг+16 мг)/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці**
Заявник	**Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257648-21/3-61, 257649-21/3-61, 257650-21/3-61, 257651-21/3-61, 257653-21/3-61, 257655-21/3-61, 257656-21/3-61, 257657-21/3-61, 257658-21/3-61 від 17.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСЕПТОЛ 480, концентрат для приготування розчину для інфузій (80 мг+16 мг)/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці**
Заявник	**Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257648-21/3-61, 257649-21/3-61, 257650-21/3-61, 257651-21/3-61, 257653-21/3-61, 257655-21/3-61, 257656-21/3-61, 257657-21/3-61, 257658-21/3-61 від 17.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСЕПТОЛ 480, концентрат для приготування розчину для інфузій (80 мг+16 мг)/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці**
Заявник	**Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265187-21/В-96 від 27.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 5 мг або по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2, 3, 6 або 9 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265187-21/В-96 від 27.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 5 мг або по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2, 3, 6 або 9 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265187-21/В-96 від 27.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 5 мг або по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2, 3, 6 або 9 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265187-21/В-96 від 27.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 5 мг або по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2, 3, 6 або 9 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265187-21/В-96 від 27.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 5 мг або по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2, 3, 6 або 9 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265187-21/В-96 від 27.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСОПРОЛОЛ-АСТРАФАРМ, таблетки по 5 мг або по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2, 3, 6 або 9 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**268165-21/3-135 від 16.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОНЕВІСТА, розчин для ін`єкцій, 1 мг/мл по 3 мл в попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в комплекті з голкою в контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**268165-21/3-135 від 16.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОНЕВІСТА, розчин для ін`єкцій, 1 мг/мл по 3 мл в попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в комплекті з голкою в контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**268165-21/3-135 від 16.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОНЕВІСТА, розчин для ін`єкцій, 1 мг/мл по 3 мл в попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в комплекті з голкою в контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**225054-19/3-50 від 18.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИМЕД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**225054-19/3-50 від 18.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИМЕД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**225054-19/3-50 від 18.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИМЕД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**225054-19/3-50 від 18.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИМЕД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**225054-19/3-50 від 18.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИМЕД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**225054-19/3-50 від 18.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИМЕД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266048-21/З-28 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАТРОМБІН, гель, 30 000 МО/100 г або 50 000 МО/100 г, по 40 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266048-21/3-28 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАТРОМБІН, гель, 30 000 МО/100 г або 50 000 МО/100 г, по 40 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266048-21/3-28 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАТРОМБІН, гель, 30 000 МО/100 г або 50 000 МО/100 г, по 40 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266048-21/З-28 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАТРОМБІН, гель, 30 000 МО/100 г або 50 000 МО/100 г, по 40 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266048-21/3-28 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАТРОМБІН, гель, 30 000 МО/100 г або 50 000 МО/100 г, по 40 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266048-21/3-28 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАТРОМБІН, гель, 30 000 МО/100 г або 50 000 МО/100 г, по 40 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**252880-21/3-02 від 23.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛАТИРАМЕРУ АЦЕТАТ-ВІСТА, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл; по 1 мл препарату у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в блістері; по 28, 30 та 90 (3х30) блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**252880-21/3-02 від 23.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛАТИРАМЕРУ АЦЕТАТ-ВІСТА, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл; по 1 мл препарату у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в блістері; по 28, 30 та 90 (3х30) блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**252880-21/3-02 від 23.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛАТИРАМЕРУ АЦЕТАТ-ВІСТА, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл; по 1 мл препарату у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в блістері; по 28, 30 та 90 (3х30) блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**260825-21/3-132 від 08.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛАТИРАМЕРУ АЦЕТАТ-ВІСТА, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл по 1 мл препарату у попередньо наповненому шприці, по 1 попередньо наповненому шприцу в блістері, по 28, 30 та 90 (3х30) блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**260825-21/3-132 від 08.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛАТИРАМЕРУ АЦЕТАТ-ВІСТА, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл по 1 мл препарату у попередньо наповненому шприці, по 1 попередньо наповненому шприцу в блістері, по 28, 30 та 90 (3х30) блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**260825-21/3-132 від 08.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛАТИРАМЕРУ АЦЕТАТ-ВІСТА, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл по 1 мл препарату у попередньо наповненому шприці, по 1 попередньо наповненому шприцу в блістері, по 28, 30 та 90 (3х30) блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**237454-20/3-50 від 24.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН ФАРЕС, розчин для ін`єкцій, 2 мг/мл, по 5 мл, 10 мл, 25 мл або по 100 мл у флаконі, по 1 флакону коробці**
Заявник	**КОЛЕГІУМ с.р.о., Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**237454-20/3-50 від 24.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН ФАРЕС, розчин для ін`єкцій, 2 мг/мл, по 5 мл, 10 мл, 25 мл або по 100 мл у флаконі, по 1 флакону коробці**
Заявник	**КОЛЕГІУМ с.р.о., Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**237454-20/3-50 від 24.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН ФАРЕС, розчин для ін`єкцій, 2 мг/мл, по 5 мл, 10 мл, 25 мл або по 100 мл у флаконі, по 1 флакону коробці**
Заявник	**КОЛЕГІУМ с.р.о., Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265542-21/3-45 від 04.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл, по 1 мл (20 мг) або 4 мл (80 мг) або 8 мл (160 мг) у флаконах, по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265542-21/3-45 від 04.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл, по 1 мл (20 мг) або 4 мл (80 мг) або 8 мл (160 мг) у флаконах, по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265542-21/3-45 від 04.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл, по 1 мл (20 мг) або 4 мл (80 мг) або 8 мл (160 мг) у флаконах, по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**246493-20/3-126 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУКРЕССА®, краплі очні, розчин; по 5 мл у флаконі з наконечником-крапельницею та кришкою; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246493-20/З-126 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУКРЕССА®, краплі очні, розчин; по 5 мл у флаконі з наконечником-крапельницею та кришкою; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246493-20/З-126 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУКРЕССА®, краплі очні, розчин; по 5 мл у флаконі з наконечником-крапельницею та кришкою; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259533-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕБРАНТИЛ, капсули пролонгованої дії тверді по 30 мг або по 60 мг по 50 або по 100 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259533-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕБРАНТИЛ, капсули пролонгованої дії тверді по 30 мг або по 60 мг по 50 або по 100 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259533-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕБРАНТИЛ, капсули пролонгованої дії тверді по 30 мг або по 60 мг по 50 або по 100 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259533-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕБРАНТИЛ, капсули пролонгованої дії тверді по 30 мг або по 60 мг по 50 або по 100 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259533-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕБРАНТИЛ, капсули пролонгованої дії тверді по 30 мг або по 60 мг по 50 або по 100 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259533-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕБРАНТИЛ, капсули пролонгованої дії тверді по 30 мг або по 60 мг по 50 або по 100 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259537-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕБРАНТИЛ, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл по 5 мл (25 мг) або по 10 мл (50 мг) в ампулі; по 5, або по 10, або по 50 ампул у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами.**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259537-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕБРАНТИЛ, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл по 5 мл (25 мг) або по 10 мл (50 мг) в ампулі; по 5, або по 10, або по 50 ампул у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами.**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259537-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕБРАНТИЛ, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл по 5 мл (25 мг) або по 10 мл (50 мг) в ампулі; по 5, або по 10, або по 50 ампул у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами.**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259561-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕДАРБІ™, таблетки по 20 мг або по 40 мг, або по 80 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259561-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕДАРБІ™, таблетки по 20 мг або по 40 мг, або по 80 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259561-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕДАРБІ™, таблетки по 20 мг або по 40 мг, або по 80 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259561-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕДАРБІ™, таблетки по 20 мг або по 40 мг, або по 80 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259561-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕДАРБІ™, таблетки по 20 мг або по 40 мг, або по 80 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259561-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕДАРБІ™, таблетки по 20 мг або по 40 мг, або по 80 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259561-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕДАРБІ™, таблетки по 20 мг або по 40 мг, або по 80 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259561-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕДАРБІ™, таблетки по 20 мг або по 40 мг, або по 80 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259561-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕДАРБІ™, таблетки по 20 мг або по 40 мг, або по 80 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**262744-21/3-02, 262745-21/3-02, 262746-21/3-02, 262749-21/3-02, 262750-21/3-02 від 11.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 20 мг/5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**262744-21/3-02, 262745-21/3-02, 262746-21/3-02, 262749-21/3-02, 262750-21/3-02 від 11.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 20 мг/5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**262744-21/3-02, 262745-21/3-02, 262746-21/3-02, 262749-21/3-02, 262750-21/3-02 від 11.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВАТОР, таблетки, 20 мг/5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259571-21/B-98, 259572-21/B-98 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА®, порошок для суспензії оральної; № 10 (2х5): по 2 г у саше; по 10 саше (кожні 2 саше роз'єднуються пунктирною лінією) в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259571-21/B-98, 259572-21/B-98 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА®, порошок для суспензії оральної; № 10 (2х5): по 2 г у саше; по 10 саше (кожні 2 саше роз'єднуються пунктирною лінією) в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259571-21/B-98, 259572-21/B-98 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА®, порошок для суспензії оральної; № 10 (2х5): по 2 г у саше; по 10 саше (кожні 2 саше роз'єднуються пунктирною лінією) в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259797-21/B-84, 259798-21/B-84 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА® ФОРТЕ, суспензія оральна; № 10; № 20 (10х2): по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів, з'єднаних між собою поліетиленовою перемичкою, у касеті; по 1 або 2 касети в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259797-21/В-84, 259798-21/В-84 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА® ФОРТЕ, суспензія оральна; № 10; № 20 (10х2): по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів, з'єднаних між собою поліетиленовою перемичкою, у касеті; по 1 або 2 касети в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259797-21/B-84, 259798-21/B-84 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА® ФОРТЕ, суспензія оральна; № 10; № 20 (10х2): по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів, з'єднаних між собою поліетиленовою перемичкою, у касеті; по 1 або 2 касети в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**254660-21/3-130, 254661-21/3-130, 255930-21/3-130 від 24.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПІПЕН, розчин для ін'єкцій, 0,3 мг/дозу; по 2 мл розчину у попередньо наповненій ручці; по 1 попередньо наповненій ручці в тубі; по 1 тубі в коробці з картону**
Заявник	**МЕДА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**254660-21/3-130, 254661-21/3-130, 255930-21/3-130 від 24.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПІПЕН, розчин для ін'єкцій, 0,3 мг/дозу; по 2 мл розчину у попередньо наповненій ручці; по 1 попередньо наповненій ручці в тубі; по 1 тубі в коробці з картону**
Заявник	**МЕДА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**254660-21/3-130, 254661-21/3-130, 255930-21/3-130 від 24.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПІПЕН, розчин для ін'єкцій, 0,3 мг/дозу; по 2 мл розчину у попередньо наповненій ручці; по 1 попередньо наповненій ручці в тубі; по 1 тубі в коробці з картону**
Заявник	**МЕДА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**254621-21/3-130, 254622-21/3-130, 255933-21/3-130 від 24.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПІПЕН ЮНІОР, розчин для ін'єкцій, 0,15 мг/дозу; по 2 мл розчину у попередньо наповненій ручці; по 1 попередньо наповненій ручці в тубі; по 1 тубі в коробці з картону**
Заявник	**МЕДА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**254621-21/3-130, 254622-21/3-130, 255933-21/3-130 від 24.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПІПЕН ЮНІОР, розчин для ін'єкцій, 0,15 мг/дозу; по 2 мл розчину у попередньо наповненій ручці; по 1 попередньо наповненій ручці в тубі; по 1 тубі в коробці з картону**
Заявник	**МЕДА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**254621-21/3-130, 254622-21/3-130, 255933-21/3-130 від 24.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПІПЕН ЮНІОР, розчин для ін'єкцій, 0,15 мг/дозу; по 2 мл розчину у попередньо наповненій ручці; по 1 попередньо наповненій ручці в тубі; по 1 тубі в коробці з картону**
Заявник	**МЕДА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266057-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-БАСТИН®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266057-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-БАСТИН®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266057-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-БАСТИН®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266057-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-БАСТИН®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266057-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-БАСТИН®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266057-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-БАСТИН®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265893-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-КАРБ®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; по 25 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265893-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-КАРБ®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; по 25 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265893-21/З-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-КАРБ®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; по 25 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265893-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-КАРБ®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; по 25 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265893-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-КАРБ®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; по 25 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265893-21/З-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-КАРБ®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; по 25 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266056-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-ПРАЗОЛ®, таблетки гастрорезистентні по 40 мг; по 20 мг; по 14 таблеток в блістері (алюмінієва фольга з обох боків, або алюмінієва фольга з одного боку та плівка PVC/PE/PVdC з іншого), по 1 або по 2 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266056-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-ПРАЗОЛ®, таблетки гастрорезистентні по 40 мг; по 20 мг; по 14 таблеток в блістері (алюмінієва фольга з обох боків, або алюмінієва фольга з одного боку та плівка PVC/PE/PVdC з іншого), по 1 або по 2 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266056-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-ПРАЗОЛ®, таблетки гастрорезистентні по 40 мг; по 20 мг; по 14 таблеток в блістері (алюмінієва фольга з обох боків, або алюмінієва фольга з одного боку та плівка PVC/PE/PVdC з іншого), по 1 або по 2 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266056-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-ПРАЗОЛ®, таблетки гастрорезистентні по 40 мг; по 20 мг; по 14 таблеток в блістері (алюмінієва фольга з обох боків, або алюмінієва фольга з одного боку та плівка PVC/PE/PVdC з іншого), по 1 або по 2 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266056-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-ПРАЗОЛ®, таблетки гастрорезистентні по 40 мг; по 20 мг; по 14 таблеток в блістері (алюмінієва фольга з обох боків, або алюмінієва фольга з одного боку та плівка PVC/PE/PVdC з іншого), по 1 або по 2 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266056-21/3-114 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСПА-ПРАЗОЛ®, таблетки гастрорезистентні по 40 мг; по 20 мг; по 14 таблеток в блістері (алюмінієва фольга з обох боків, або алюмінієва фольга з одного боку та плівка PVC/PE/PVdC з іншого), по 1 або по 2 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266493-21/З-114, 266494-21/З-114 від 23.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРО ЦИТРАМОН®, таблетки по 10 або 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266493-21/3-114, 266494-21/3-114 від 23.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРО ЦИТРАМОН®, таблетки по 10 або 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266493-21/З-114, 266494-21/З-114 від 23.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРО ЦИТРАМОН®, таблетки по 10 або 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259320-21/З-133 від 09.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259320-21/З-133 від 09.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259320-21/З-133 від 09.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**261449-21/3-132, 261450-21/3-132, 261453-21/3-132 від 20.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН АЛКАЛОЇД, суспензія для перорального застосування, 100 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**261449-21/З-132, 261450-21/З-132, 261453-21/З-132 від 20.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН АЛКАЛОЇД, суспензія для перорального застосування, 100 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**261449-21/З-132, 261450-21/З-132, 261453-21/З-132 від 20.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН АЛКАЛОЇД, суспензія для перорального застосування, 100 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259932-21/З-116, 259933-21/В-116, 259935-21/З-116, 259936-21/З-116, 259937-21/З-116, 262102-21/З-116 від 18.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОТЕКАН МЕДАК, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл по 2 мл (40 мг), або по 5 мл (100 мг), або по 15 мл (300 мг) у скляному флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259932-21/З-116, 259933-21/В-116, 259935-21/З-116, 259936-21/З-116, 259937-21/З-116, 262102-21/З-116 від 18.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОТЕКАН МЕДАК, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл по 2 мл (40 мг), або по 5 мл (100 мг), або по 15 мл (300 мг) у скляному флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259932-21/З-116, 259933-21/В-116, 259935-21/З-116, 259936-21/З-116, 259937-21/З-116, 262102-21/З-116 від 18.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОТЕКАН МЕДАК, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл по 2 мл (40 мг), або по 5 мл (100 мг), або по 15 мл (300 мг) у скляному флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**262647-21/3-45, 268454-21/3-45 від 09.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТОМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 20 таблеток у блістері, по 2 або 5 блістерів у картонній коробці або по 15 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**262647-21/3-45, 268454-21/3-45 від 09.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТОМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 20 таблеток у блістері, по 2 або 5 блістерів у картонній коробці або по 15 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**262647-21/3-45, 268454-21/3-45 від 09.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТОМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 20 таблеток у блістері, по 2 або 5 блістерів у картонній коробці або по 15 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259579-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ -Д3 НІКОМЕД З М'ЯТНИМ СМАКОМ, таблетки жувальні по 30 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259579-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ -ДЗ НІКОМЕД З М'ЯТНИМ СМАКОМ, таблетки жувальні по 30 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259579-21/3-134 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ -Д3 НІКОМЕД З М'ЯТНИМ СМАКОМ, таблетки жувальні по 30 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259783-21/3-114 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ -Д3 НІКОМЕД ФОРТЕ, таблетки жувальні; по 30, або 60, або 120 таблеток у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259783-21/3-114 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ -Д3 НІКОМЕД ФОРТЕ, таблетки жувальні; по 30, або 60, або 120 таблеток у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259783-21/3-114 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ -Д3 НІКОМЕД ФОРТЕ, таблетки жувальні; по 30, або 60, або 120 таблеток у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259799-21/З-114 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ-Д3 НІКОМЕД КОМФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30, або по 60, або по 90 таблеток у флаконі по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259799-21/3-114 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ-Д3 НІКОМЕД КОМФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30, або по 60, або по 90 таблеток у флаконі по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259799-21/3-114 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ-Д3 НІКОМЕД КОМФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30, або по 60, або по 90 таблеток у флаконі по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259805-21/З-114 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ-Д3 НІКОМЕД ОСТЕОФОРТЕ, таблетки жувальні; по 30 або по 60, або по 90 таблеток у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259805-21/3-114 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ-Д3 НІКОМЕД ОСТЕОФОРТЕ, таблетки жувальні; по 30 або по 60, або по 90 таблеток у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259805-21/3-114 від 16.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЙ-Д3 НІКОМЕД ОСТЕОФОРТЕ, таблетки жувальні; по 30 або по 60, або по 90 таблеток у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**268265-21/3-135 від 17.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону;**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**268265-21/3-135 від 17.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону;**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**268265-21/3-135 від 17.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону;**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**268265-21/3-135 від 17.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону;**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**268265-21/3-135 від 17.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону;**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**268265-21/3-135 від 17.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону;**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259568-21/3-134 від 14.06.2021**
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 з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259568-21/3-134 від 14.06.2021**
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 з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259568-21/3-134 від 14.06.2021**
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 з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266515-21/3-60 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь по 60 мл або по 150 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266515-21/3-60 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь по 60 мл або по 150 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266515-21/3-60 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь по 60 мл або по 150 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**260043-21/3-114 від 22.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІОВІГ, розчин для інфузій 100 мг/мл; по 10 мл (1 г/10 мл) або по 25 мл (2,5 г/25 мл), або по 50 мл (5 г/50 мл), або по 100 мл (10 г/100 мл), або по 200 мл (20 г/200 мл), або по 300 мл (30 г/300 мл) у флаконі; по 1 флакону в коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Бакстер АГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**260043-21/3-114 від 22.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІОВІГ, розчин для інфузій 100 мг/мл; по 10 мл (1 г/10 мл) або по 25 мл (2,5 г/25 мл), або по 50 мл (5 г/50 мл), або по 100 мл (10 г/100 мл), або по 200 мл (20 г/200 мл), або по 300 мл (30 г/300 мл) у флаконі; по 1 флакону в коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Бакстер АГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**260043-21/3-114 від 22.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІОВІГ, розчин для інфузій 100 мг/мл; по 10 мл (1 г/10 мл) або по 25 мл (2,5 г/25 мл), або по 50 мл (5 г/50 мл), або по 100 мл (10 г/100 мл), або по 200 мл (20 г/200 мл), або по 300 мл (30 г/300 мл) у флаконі; по 1 флакону в коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Бакстер АГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**266325-21/3-45 від 21.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАЛОПТИК, краплі очні, розчин, 50 мкг/мл, по 2,5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266325-21/3-45 від 21.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАЛОПТИК, краплі очні, розчин, 50 мкг/мл, по 2,5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**266325-21/3-45 від 21.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАЛОПТИК, краплі очні, розчин, 50 мкг/мл, по 2,5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**263587-21/3-60 від 28.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕНТОЛ, Порошок кристалічний (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "ФК"БІОТЕК", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263587-21/3-60 від 28.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕНТОЛ, Порошок кристалічний (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "ФК"БІОТЕК", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263587-21/3-60 від 28.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕНТОЛ, Порошок кристалічний (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "ФК"БІОТЕК", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**263855-21/B-98 від 01.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОЇКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 300 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 3 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263855-21/В-98 від 01.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОЇКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 300 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 3 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263855-21/В-98 від 01.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОЇКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 300 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 3 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**263855-21/B-98 від 01.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОЇКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 300 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 3 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263855-21/В-98 від 01.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОЇКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 300 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 3 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263855-21/В-98 від 01.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОЇКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 300 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 3 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**263076-21/B-96 від 17.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263076-21/В-96 від 17.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263076-21/B-96 від 17.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/B-86, 259385-21/B-86, 259386-21/B-86, 259387-21/B-86, 259388-21/B-86, 259389-21/B-86, 266342-21/B-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/B-86, 259385-21/B-86, 259386-21/B-86, 259387-21/B-86, 259388-21/B-86, 259389-21/B-86, 266342-21/B-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/В-86, 259385-21/В-86, 259386-21/В-86, 259387-21/В-86, 259388-21/В-86, 259389-21/В-86, 266342-21/В-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/B-86, 259385-21/B-86, 259386-21/B-86, 259387-21/B-86, 259388-21/B-86, 259389-21/B-86, 266342-21/B-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/B-86, 259385-21/B-86, 259386-21/B-86, 259387-21/B-86, 259388-21/B-86, 259389-21/B-86, 266342-21/B-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/В-86, 259385-21/В-86, 259386-21/В-86, 259387-21/В-86, 259388-21/В-86, 259389-21/В-86, 266342-21/В-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/B-86, 259385-21/B-86, 259386-21/B-86, 259387-21/B-86, 259388-21/B-86, 259389-21/B-86, 266342-21/B-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/B-86, 259385-21/B-86, 259386-21/B-86, 259387-21/B-86, 259388-21/B-86, 259389-21/B-86, 266342-21/B-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/В-86, 259385-21/В-86, 259386-21/В-86, 259387-21/В-86, 259388-21/В-86, 259389-21/В-86, 266342-21/В-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/B-86, 259385-21/B-86, 259386-21/B-86, 259387-21/B-86, 259388-21/B-86, 259389-21/B-86, 266342-21/B-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/B-86, 259385-21/B-86, 259386-21/B-86, 259387-21/B-86, 259388-21/B-86, 259389-21/B-86, 266342-21/B-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**259384-21/В-86, 259385-21/В-86, 259386-21/В-86, 259387-21/В-86, 259388-21/В-86, 259389-21/В-86, 266342-21/В-86 від 10.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг; 25 мг; 50 мг; 100 мг; по 10 таблеток у блістері по 3 блістери у картонній коробці по 50 мг; по 3 блістери у картонній коробці; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265836-21/3-136, 265843-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРНАДО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 8 мг; по 8 мг ліофілізату для розчину для ін'єкцій у флаконі в комплекті з 2 мл розчинника (вода для ін'єкцій) в ампулі; 1 флакон з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій та 1 ампула розчинника в картонній коробці; 3 флакони з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій та 3 ампули розчинника в контурній чарунковій упаковці, 1 контурна чарункова упаковка в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265836-21/3-136, 265843-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРНАДО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 8 мг; по 8 мг ліофілізату для розчину для ін'єкцій у флаконі в комплекті з 2 мл розчинника (вода для ін'єкцій) в ампулі; 1 флакон з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій та 1 ампула розчинника в картонній коробці; 3 флакони з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій та 3 ампули розчинника в контурній чарунковій упаковці, 1 контурна чарункова упаковка в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265836-21/3-136, 265843-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРНАДО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 8 мг; по 8 мг ліофілізату для розчину для ін'єкцій у флаконі в комплекті з 2 мл розчинника (вода для ін'єкцій) в ампулі; 1 флакон з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій та 1 ампула розчинника в картонній коробці; 3 флакони з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій та 3 ампули розчинника в контурній чарунковій упаковці, 1 контурна чарункова упаковка в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**263310-21/B-50, 263311-21/B-50, 263312-21/B-50 від 25.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМАТОН ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263310-21/B-50, 263311-21/B-50, 263312-21/B-50 від 25.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМАТОН ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263310-21/B-50, 263311-21/B-50, 263312-21/B-50 від 25.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМАТОН ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**263310-21/B-50, 263311-21/B-50, 263312-21/B-50 від 25.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМАТОН ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263310-21/B-50, 263311-21/B-50, 263312-21/B-50 від 25.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМАТОН ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263310-21/B-50, 263311-21/B-50, 263312-21/B-50 від 25.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕМАТОН ІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**258421-21/В-130, 258422-21/В-130, 258423-21/В-130, 258424-21/В-130, 258425-21/В-130, 258426-21/В-130, 258427-21/В-130, 258429-21/В-130 від 26.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛУРАЦИЛ З МІРАМІСТИНОМ, мазь; по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**258421-21/B-130, 258422-21/B-130, 258423-21/B-130, 258424-21/B-130, 258425-21/B-130, 258426-21/B-130, 258427-21/B-130, 258429-21/B-130 від 26.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛУРАЦИЛ З МІРАМІСТИНОМ, мазь; по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**258421-21/В-130, 258422-21/В-130, 258423-21/В-130, 258424-21/В-130, 258425-21/В-130, 258426-21/В-130, 258427-21/В-130, 258429-21/В-130 від 26.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛУРАЦИЛ З МІРАМІСТИНОМ, мазь; по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**267802-21/В-88 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕФЕНАМІНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**267802-21/В-88 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕФЕНАМІНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**267802-21/В-88 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕФЕНАМІНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**253243-21/B-97, 253244-21/B-97, 253245-21/B-97, 253246-21/B-97 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКОНАЗОЛУ НІТРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**253243-21/B-97, 253244-21/B-97, 253245-21/B-97, 253246-21/B-97 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКОНАЗОЛУ НІТРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**253243-21/B-97, 253244-21/B-97, 253245-21/B-97, 253246-21/B-97 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКОНАЗОЛУ НІТРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**244090-20/3-84 від 28.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОДЕЛЛЬ ЕРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 91 таблетці у блістерах (по 28 рожевих таблеток у 2 блістерах та 35 таблеток (28 рожевих таблеток та 7 білих таблеток) у блістері); по 3 блістери, що зафіксовані коробкою-книжечкою; по 1 коробці-книжці в пакетику з фольги; по 1 пакетику з фольги та наклейкою-календарем в коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244090-20/3-84 від 28.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОДЕЛЛЬ ЕРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 91 таблетці у блістерах (по 28 рожевих таблеток у 2 блістерах та 35 таблеток (28 рожевих таблеток та 7 білих таблеток) у блістері); по 3 блістери, що зафіксовані коробкою-книжечкою; по 1 коробці-книжці в пакетику з фольги; по 1 пакетику з фольги та наклейкою-календарем в коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244090-20/3-84 від 28.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОДЕЛЛЬ ЕРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 91 таблетці у блістерах (по 28 рожевих таблеток у 2 блістерах та 35 таблеток (28 рожевих таблеток та 7 білих таблеток) у блістері); по 3 блістери, що зафіксовані коробкою-книжечкою; по 1 коробці-книжці в пакетику з фольги; по 1 пакетику з фольги та наклейкою-календарем в коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**257869-21/3-84 від 19.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОВІТРЕЛ®, розчин для ін'єкцій по 250 мкг/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі, вміщеному у ручку для введення; по 1 попередньо заповненої ручки для введення та 1 голка для ін'єкцій у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257869-21/3-84 від 19.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОВІТРЕЛ®, розчин для ін'єкцій по 250 мкг/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі, вміщеному у ручку для введення; по 1 попередньо заповненої ручки для введення та 1 голка для ін'єкцій у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257869-21/3-84 від 19.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОВІТРЕЛ®, розчин для ін'єкцій по 250 мкг/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі, вміщеному у ручку для введення; по 1 попередньо заповненої ручки для введення та 1 голка для ін'єкцій у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**257877-21/3-84 від 19.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОВІТРЕЛ®, розчин для ін'єкцій по 250 мкг/0,5 мл, по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу в контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257877-21/3-84 від 19.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОВІТРЕЛ®, розчин для ін'єкцій по 250 мкг/0,5 мл, по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу в контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257877-21/3-84 від 19.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОВІТРЕЛ®, розчин для ін'єкцій по 250 мкг/0,5 мл, по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу в контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**254656-21/3-128 від 24.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗЕМПІК, розчин для ін'єкцій, 1,34 мг/мл; 0,25/0,5 мг: по 1,5 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 6 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці; 1 мг: по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 4 одноразових голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**254656-21/3-128 від 24.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗЕМПІК, розчин для ін'єкцій, 1,34 мг/мл; 0,25/0,5 мг: по 1,5 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 6 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці; 1 мг: по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 4 одноразових голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**254656-21/3-128 від 24.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗЕМПІК, розчин для ін'єкцій, 1,34 мг/мл; 0,25/0,5 мг: по 1,5 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 6 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці; 1 мг: по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 4 одноразових голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265981-21/В-45 від 12.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАЛІПЛАТИН-ТЕВА, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 4 мл (20 мг) або по 10 мл (50 мг), або по 20 мл (100 мг), або по 40 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265981-21/В-45 від 12.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАЛІПЛАТИН-ТЕВА, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 4 мл (20 мг) або по 10 мл (50 мг), або по 20 мл (100 мг), або по 40 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265981-21/В-45 від 12.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАЛІПЛАТИН-ТЕВА, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 4 мл (20 мг) або по 10 мл (50 мг), або по 20 мл (100 мг), або по 40 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**264744-21/В-97 від 20.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН-БІОЛІК, розчин для ін'єкцій, 5 МО/мл, по 1 мл в ампулі; по 10 ампул в пачці, або по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "БІОЛІК", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264744-21/В-97 від 20.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН-БІОЛІК, розчин для ін'єкцій, 5 МО/мл, по 1 мл в ампулі; по 10 ампул в пачці, або по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "БІОЛІК", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264744-21/В-97 від 20.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН-БІОЛІК, розчин для ін'єкцій, 5 МО/мл, по 1 мл в ампулі; по 10 ампул в пачці, або по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "БІОЛІК", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**264722-21/3-88 від 16.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264722-21/3-88 від 16.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264722-21/3-88 від 16.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**264722-21/3-88 від 16.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264722-21/3-88 від 16.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**264722-21/3-88 від 16.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**265126-21/3-61 від 27.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОПСОНАТ СПАГ. ПЄКА, краплі оральні по 30 мл, по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265126-21/3-61 від 27.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОПСОНАТ СПАГ. ПЄКА, краплі оральні по 30 мл, по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**265126-21/3-61 від 27.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОПСОНАТ СПАГ. ПЄКА, краплі оральні по 30 мл, по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**263316-21/3-96 від 25.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАГЕЛЬ®, гель очний, 2,5 мг/г, по 10 г у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263316-21/3-96 від 25.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАГЕЛЬ®, гель очний, 2,5 мг/г, по 10 г у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263316-21/3-96 від 25.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАГЕЛЬ®, гель очний, 2,5 мг/г, по 10 г у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**262368-21/3-136 від 03.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАКВІКС®, краплі очні, 5 мг/мл; по 5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**262368-21/3-136 від 03.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАКВІКС®, краплі очні, 5 мг/мл; по 5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**262368-21/3-136 від 03.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАКВІКС®, краплі очні, 5 мг/мл; по 5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**262374-21/3-136 від 03.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАН®ДЕКСАМЕТАЗОН, краплі очні, 0,1%; по 5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**262374-21/З-136 від 03.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАН®ДЕКСАМЕТАЗОН, краплі очні, 0,1%; по 5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**262374-21/3-136 від 03.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАН®ДЕКСАМЕТАЗОН, краплі очні, 0,1%; по 5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245023-20/B-02 від 07.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД, ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 100 мг у флаконі; in bulk: 60 флаконів у коробці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245023-20/B-02 від 07.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД, ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 100 мг у флаконі; in bulk: 60 флаконів у коробці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245023-20/B-02 від 07.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД, ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 100 мг у флаконі; in bulk: 60 флаконів у коробці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248063-20/B-60 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД , ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 100мг по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248063-20/B-60 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД , ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 100мг по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248063-20/B-60 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД , ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 100мг по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254145-21/3-98, 254146-21/3-98 від 15.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕР'ЄТА®, концентрат для розчину для інфузій по 420 мг/14 мл, по 14 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254145-21/3-98, 254146-21/3-98 від 15.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕР'ЄТА®, концентрат для розчину для інфузій по 420 мг/14 мл, по 14 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254145-21/3-98, 254146-21/3-98 від 15.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕР'ЄТА®, концентрат для розчину для інфузій по 420 мг/14 мл, по 14 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267620-21/B-92 від 08.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІВОНІЇ ВІДХИЛЕНОЇ ТРАВА ТА КОРЕНЕВИЩА З КОРЕНЯМИ, маса подрібнена (субстанція) з лікарської рослинної сировини у паперових мішках для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267620-21/B-92 від 08.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІВОНІЇ ВІДХИЛЕНОЇ ТРАВА ТА КОРЕНЕВИЩА З КОРЕНЯМИ, маса подрібнена (субстанція) з лікарської рослинної сировини у паперових мішках для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267620-21/B-92 від 08.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІВОНІЇ ВІДХИЛЕНОЇ ТРАВА ТА КОРЕНЕВИЩА З КОРЕНЯМИ, маса подрібнена (субстанція) з лікарської рослинної сировини у паперових мішках для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262612-21/B-92, 262764-21/B-92 від 09.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАЗМАЛІТ, розчин для інфузій по 200 мл, 400 мл у пляшці або по 500 мл у пакеті полімерному, поміщеному у прозорий пластиковий пакет**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262612-21/B-92, 262764-21/B-92 від 09.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАЗМАЛІТ, розчин для інфузій по 200 мл, 400 мл у пляшці або по 500 мл у пакеті полімерному, поміщеному у прозорий пластиковий пакет**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262612-21/B-92, 262764-21/B-92 від 09.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАЗМАЛІТ, розчин для інфузій по 200 мл, 400 мл у пляшці або по 500 мл у пакеті полімерному, поміщеному у прозорий пластиковий пакет**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/З-39, 260499-21/З-39, 260500-21/З-39, 260503-21/З-39, 260505-21/З-39, 260533-21/З-39, 260535-21/З-39, 260536-21/З-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/З-39, 260499-21/З-39, 260500-21/З-39, 260503-21/З-39, 260505-21/З-39, 260533-21/З-39, 260535-21/З-39, 260536-21/З-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/З-39, 260499-21/З-39, 260500-21/З-39, 260503-21/З-39, 260505-21/З-39, 260533-21/З-39, 260535-21/З-39, 260536-21/З-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/З-39, 260499-21/З-39, 260500-21/З-39, 260503-21/З-39, 260505-21/З-39, 260533-21/З-39, 260535-21/З-39, 260536-21/З-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/З-39, 260499-21/З-39, 260500-21/З-39, 260503-21/З-39, 260505-21/З-39, 260533-21/З-39, 260535-21/З-39, 260536-21/З-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/З-39, 260499-21/З-39, 260500-21/З-39, 260503-21/З-39, 260505-21/З-39, 260533-21/З-39, 260535-21/З-39, 260536-21/З-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/З-39, 260499-21/З-39, 260500-21/З-39, 260503-21/З-39, 260505-21/З-39, 260533-21/З-39, 260535-21/З-39, 260536-21/З-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/З-39, 260499-21/З-39, 260500-21/З-39, 260503-21/З-39, 260505-21/З-39, 260533-21/З-39, 260535-21/З-39, 260536-21/З-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260496-21/3-39, 260499-21/3-39, 260500-21/3-39, 260503-21/3-39, 260505-21/3-39, 260533-21/3-39, 260535-21/3-39, 260536-21/3-39 від 02.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 225 мг, 300 мг по 14 капсул у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264310-21/B-61, 264311-21/B-61 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОЗЕРИН, розчин для ін'єкцій, 0,5 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264310-21/B-61, 264311-21/B-61 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОЗЕРИН, розчин для ін'єкцій, 0,5 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264310-21/B-61, 264311-21/B-61 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОЗЕРИН, розчин для ін'єкцій, 0,5 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264588-21/3-124, 264589-21/3-124, 264590-21/3-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН®, таблетки, вкриті оболонкою** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону;** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону;** **по 30, 60 або 120 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону;** **Маркування українською мовою.** **in bulk: по 2500 таблеток у пакетах у коробці з гофрокартону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264588-21/3-124, 264589-21/3-124, 264590-21/3-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН®, таблетки, вкриті оболонкою** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону;** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону;** **по 30, 60 або 120 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону;** **Маркування українською мовою.** **in bulk: по 2500 таблеток у пакетах у коробці з гофрокартону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264588-21/3-124, 264589-21/3-124, 264590-21/3-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН®, таблетки, вкриті оболонкою** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону;** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону;** **по 30, 60 або 120 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону;** **Маркування українською мовою.** **in bulk: по 2500 таблеток у пакетах у коробці з гофрокартону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264588-21/3-124, 264589-21/3-124, 264590-21/3-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН®, таблетки, вкриті оболонкою** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону;** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону;** **по 30, 60 або 120 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону;** **Маркування українською мовою.** **in bulk: по 2500 таблеток у пакетах у коробці з гофрокартону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264588-21/3-124, 264589-21/3-124, 264590-21/3-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН®, таблетки, вкриті оболонкою** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону;** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону;** **по 30, 60 або 120 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону;** **Маркування українською мовою.** **in bulk: по 2500 таблеток у пакетах у коробці з гофрокартону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264588-21/3-124, 264589-21/3-124, 264590-21/3-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН®, таблетки, вкриті оболонкою** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону;** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону;** **по 30, 60 або 120 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону;** **Маркування українською мовою.** **in bulk: по 2500 таблеток у пакетах у коробці з гофрокартону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264677-21/В-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕФЛАЗІД®, краплі; по 30 мл або по 50 мл у скляному флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264677-21/В-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕФЛАЗІД®, краплі; по 30 мл або по 50 мл у скляному флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264677-21/В-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕФЛАЗІД®, краплі; по 30 мл або по 50 мл у скляному флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265655-21/B-60 від 05.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕБАМІПІД, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265655-21/В-60 від 05.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕБАМІПІД, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265655-21/В-60 від 05.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕБАМІПІД, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**258281-21/3-135 від 25.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС, спрей назальний, дозований, суспензія; по 56 або 240 доз у поліетиленовому флаконі; по 1 флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці.**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**258281-21/3-135 від 25.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС, спрей назальний, дозований, суспензія; по 56 або 240 доз у поліетиленовому флаконі; по 1 флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці.**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**258281-21/3-135 від 25.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС, спрей назальний, дозований, суспензія; по 56 або 240 доз у поліетиленовому флаконі; по 1 флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці.**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262743-21/B-28 від 11.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОМАШКИ КВІТКИ, квітки по 40 г або по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом;** **по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 20 фільтр-пакетів у пачці з картону, по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 25 фільтр-пакетів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262743-21/B-28 від 11.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОМАШКИ КВІТКИ, квітки по 40 г або по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом;** **по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 20 фільтр-пакетів у пачці з картону, по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 25 фільтр-пакетів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262743-21/B-28 від 11.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОМАШКИ КВІТКИ, квітки по 40 г або по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 20 фільтр-пакетів у пачці з картону, по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 25 фільтр-пакетів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262961-21/З-36, 262962-21/З-36, 268710-21/З-98 від 16.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНЕКОД, сироп, 1,5 мг/мл по 100 мл або 200 мл у флаконі з кришкою та мірною склянкою; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262961-21/3-36, 262962-21/3-36, 268710-21/3-98 від 16.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНЕКОД, сироп, 1,5 мг/мл по 100 мл або 200 мл у флаконі з кришкою та мірною склянкою; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262961-21/3-36, 262962-21/3-36, 268710-21/3-98 від 16.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНЕКОД, сироп, 1,5 мг/мл по 100 мл або 200 мл у флаконі з кришкою та мірною склянкою; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262963-21/3-36, 262964-21/3-36, 262965-21/3-36 від 16.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНЕКОД, краплі оральні для дітей, 5 мг/мл по 20 мл у флаконі з крапельницею і кришкою; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262963-21/3-36, 262964-21/3-36, 262965-21/3-36 від 16.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНЕКОД, краплі оральні для дітей, 5 мг/мл по 20 мл у флаконі з крапельницею і кришкою; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262963-21/3-36, 262964-21/3-36, 262965-21/3-36 від 16.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНЕКОД, краплі оральні для дітей, 5 мг/мл по 20 мл у флаконі з крапельницею і кришкою; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266554-21/B-61 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛАКУТАН®, гель, 30 мг/г по 25 г у тубі; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266554-21/В-61 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛАКУТАН®, гель, 30 мг/г по 25 г у тубі; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266554-21/B-61 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛАКУТАН®, гель, 30 мг/г по 25 г у тубі; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266552-21/B-96 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОН-НАЙТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266552-21/B-96 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОН-НАЙТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266552-21/B-96 від 25.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОН-НАЙТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**261369-21/3-130, 261370-21/3-130, 261371-21/3-130, 261372-21/3-130 від 19.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРИВА®РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій, 2,5 мкг/інгаляцію;** **по 4 мл у картриджі (60 інгаляцій); по 1 картриджу в комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коробці;**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**261369-21/З-130, 261370-21/З-130, 261371-21/З-130, 261372-21/З-130 від 19.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРИВА®РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій, 2,5 мкг/інгаляцію;** **по 4 мл у картриджі (60 інгаляцій); по 1 картриджу в комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коробці;**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**261369-21/З-130, 261370-21/З-130, 261371-21/З-130, 261372-21/З-130 від 19.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРИВА®РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій, 2,5 мкг/інгаляцію;** **по 4 мл у картриджі (60 інгаляцій); по 1 картриджу в комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коробці;**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**259506-21/B-92 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТРЕС-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі полімерному, по 1 пеналу в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**259506-21/B-92 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТРЕС-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі полімерному, по 1 пеналу в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**259506-21/B-92 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТРЕС-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі полімерному, по 1 пеналу в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**259468-21/B-92, 259469-21/B-92, 259470-21/B-92, 259473-21/B-92, 259475-21/B-92 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТРЕС-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі полімерному, по 1 пеналу в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**259468-21/B-92, 259469-21/B-92, 259470-21/B-92, 259473-21/B-92, 259475-21/B-92 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТРЕС-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі полімерному, по 1 пеналу в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**259468-21/B-92, 259469-21/B-92, 259470-21/B-92, 259473-21/B-92, 259475-21/B-92 від 14.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТРЕС-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі полімерному, по 1 пеналу в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256348-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256348-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256348-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256348-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256348-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256348-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256348-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256348-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256348-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256351-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг або по 1 мг або по 5 мг; in bulk: № 5000 (10х500) у блістерах**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256351-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг або по 1 мг або по 5 мг; in bulk: № 5000 (10х500) у блістерах**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256351-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг або по 1 мг або по 5 мг; in bulk: № 5000 (10х500) у блістерах**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256351-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг або по 1 мг або по 5 мг; in bulk: № 5000 (10х500) у блістерах**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256351-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг або по 1 мг або по 5 мг; in bulk: № 5000 (10х500) у блістерах**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256351-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг або по 1 мг або по 5 мг; in bulk: № 5000 (10х500) у блістерах**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256351-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг або по 1 мг або по 5 мг; in bulk: № 5000 (10х500) у блістерах**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256351-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг або по 1 мг або по 5 мг; in bulk: № 5000 (10х500) у блістерах**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256351-21/3-132 від 20.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН , капсули тверді, по 0,5 мг або по 1 мг або по 5 мг; in bulk: № 5000 (10х500) у блістерах**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262296-21/3-136 від 02.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФЛОТАН®, краплі очні, 15 мкг/мл; по 0,3 мл у тюбик-крапельниці з маркуванням українською мовою; по 10 тюбик-крапельниць у пакеті із фольги з маркуванням українською, російською та казахською мовами; по 3 пакети в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262296-21/3-136 від 02.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФЛОТАН®, краплі очні, 15 мкг/мл; по 0,3 мл у тюбик-крапельниці з маркуванням українською мовою; по 10 тюбик-крапельниць у пакеті із фольги з маркуванням українською, російською та казахською мовами; по 3 пакети в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262296-21/3-136 від 02.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФЛОТАН®, краплі очні, 15 мкг/мл; по 0,3 мл у тюбик-крапельниці з маркуванням українською мовою; по 10 тюбик-крапельниць у пакеті із фольги з маркуванням українською, російською та казахською мовами; по 3 пакети в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265716-21/3-124 від 06.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг або по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265716-21/3-124 від 06.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг або по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265716-21/3-124 від 06.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг або по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265716-21/3-124 від 06.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг або по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265716-21/3-124 від 06.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг або по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265716-21/3-124 від 06.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг або по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266036-21/З-28 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРБІНАФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Чемо Іберіка, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266036-21/3-28 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРБІНАФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Чемо Іберіка, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266036-21/3-28 від 13.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРБІНАФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Чемо Іберіка, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256838-21/3-88 від 28.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УМКАЛОР®, розчин оральний; по 20 мл або 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Дойче Хомеопаті-Уніон ДХУ-Арцнаймітель ГмбХ & Ко.КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256838-21/3-88 від 28.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УМКАЛОР®, розчин оральний; по 20 мл або 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Дойче Хомеопаті-Уніон ДХУ-Арцнаймittель ГмбХ & Ко.КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**256838-21/3-88 від 28.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УМКАЛОР®, розчин оральний; по 20 мл або 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Дойче Хомеопаті-Уніон ДХУ-Арцнаймиттель ГмбХ & Ко.КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265479-21/3-66 від 30.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УПЕЛВА СПАГ. ПЄКА, краплі оральні, по 30 мл, 50 мл у флаконі з крапельним дозатором; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265479-21/3-66 від 30.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УПЕЛВА СПАГ. ПЄКА, краплі оральні, по 30 мл, 50 мл у флаконі з крапельним дозатором; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265479-21/3-66 від 30.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УПЕЛВА СПАГ. ПЄКА, краплі оральні, по 30 мл, 50 мл у флаконі з крапельним дозатором; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262704-21/3-88, 267326-21/3-88 від 10.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРМАТЕКС, супозиторії вагінальні по 18,9 мг по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262704-21/3-88, 267326-21/3-88 від 10.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРМАТЕКС, супозиторії вагінальні по 18,9 мг по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262704-21/3-88, 267326-21/3-88 від 10.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРМАТЕКС, супозиторії вагінальні по 18,9 мг по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**238927-20/3-130, 238928-20/3-130, 238929-20/3-130, 238930-20/3-130 від 15.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІСТИЛ ЕМУЛЬСІЯ, емульсія нашкірна 0,1 %; по 8 мл у флаконі з кульковим аплікатором; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**238927-20/З-130, 238928-20/З-130, 238929-20/З-130, 238930-20/З-130 від 15.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІСТИЛ ЕМУЛЬСІЯ, емульсія нашкірна 0,1 %; по 8 мл у флаконі з кульковим аплікатором; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**238927-20/З-130, 238928-20/З-130, 238929-20/З-130, 238930-20/З-130 від 15.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІСТИЛ ЕМУЛЬСІЯ, емульсія нашкірна 0,1 %; по 8 мл у флаконі з кульковим аплікатором; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265328-21/З-28 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАМІАР СПАГ. ПЄКА , мазь по 35 г у тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265328-21/3-28 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАМІАР СПАГ. ПЄКА , мазь по 35 г у тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265328-21/3-28 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАМІАР СПАГ. ПЄКА , мазь по 35 г у тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**261174-21/B-50 від 13.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУТИКАЗОН-ЗДОРОВ'Я, спрей назальний дозований, суспензія, 27,5 мкг/дозу, по 30 доз або по 120 доз у флаконі зі спрей-насосом з захисним кільцем та ковпачком, по 1 флакону у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**261174-21/B-50 від 13.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУТИКАЗОН-ЗДОРОВ'Я, спрей назальний дозований, суспензія, 27,5 мкг/дозу, по 30 доз або по 120 доз у флаконі зі спрей-насосом з захисним кільцем та ковпачком, по 1 флакону у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**261174-21/B-50 від 13.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУТИКАЗОН-ЗДОРОВ'Я, спрей назальний дозований, суспензія, 27,5 мкг/дозу, по 30 доз або по 120 доз у флаконі зі спрей-насосом з захисним кільцем та ковпачком, по 1 флакону у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**255722-21/3-50 від 09.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРГЕНПІМ-1000, порошок для розчину для ін`єкцій, по 1000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**255722-21/3-50 від 09.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРГЕНПІМ-1000, порошок для розчину для ін`єкцій, по 1000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**255722-21/3-50 від 09.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРГЕНПІМ-1000, порошок для розчину для ін`єкцій, по 1000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264586-21/B-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком; по 4 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264586-21/B-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком; по 4 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264586-21/B-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком; по 4 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264586-21/B-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком; по 4 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264586-21/B-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком; по 4 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264586-21/B-124 від 15.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком; по 4 г порошку в саше; по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264269-21/3-98 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264269-21/3-98 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264269-21/3-98 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264269-21/3-98 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264269-21/3-98 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264269-21/3-98 від 09.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260152-21/B-02 від 23.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФЕПІМ АСТРА, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; флакон з порошком; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260152-21/B-02 від 23.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФЕПІМ АСТРА, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; флакон з порошком; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260152-21/B-02 від 23.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФЕПІМ АСТРА, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; флакон з порошком; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260152-21/B-02 від 23.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФЕПІМ АСТРА, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; флакон з порошком; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260152-21/B-02 від 23.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФЕПІМ АСТРА, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; флакон з порошком; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**260152-21/B-02 від 23.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФЕПІМ АСТРА, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; флакон з порошком; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264331-21/3-118 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОРТ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г по 1 або по 10 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264331-21/3-118 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОРТ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г по 1 або по 10 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264331-21/3-118 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОРТ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г по 1 або по 10 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264316-21/3-132 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг або по 2000 мг по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264316-21/3-132 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг або по 2000 мг по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264316-21/З-132 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг або по 2000 мг по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265536-21/3-96, 265537-21/3-96, 265540-21/3-96, 265541-21/3-96 від 04.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТИНОЛ АКУТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістера 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	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265536-21/3-96, 265537-21/3-96, 265540-21/3-96, 265541-21/3-96 від 04.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТИНОЛ АКУТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістера 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	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265536-21/3-96, 265537-21/3-96, 265540-21/3-96, 265541-21/3-96 від 04.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТИНОЛ АКУТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістера 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	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265874-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТО-АУРИН®, таблетки по 300 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265874-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТО-АУРИН®, таблетки по 300 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265874-21/3-136 від 11.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТО-АУРИН®, таблетки по 300 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**26.01.2022 р. № 166**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)