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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353410-26/B-97 від 23.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АГНЕСТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353410-26/B-97 від 23.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АГНЕСТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353410-26/B-97 від 23.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АГНЕСТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353411-26/B-97 від 23.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АГНЕСТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, in bulk: по 14 таблеток у блістері; по 7 блістерів у коробках з паперу; 96 коробок в транспортному ящику** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353411-26/B-97 від 23.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АГНЕСТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, in bulk: по 14 таблеток у блістері; по 7 блістерів у коробках з паперу; 96 коробок в транспортному ящику** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353411-26/B-97 від 23.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АГНЕСТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, in bulk: по 14 таблеток у блістері; по 7 блістерів у коробках з паперу; 96 коробок в транспортному ящику** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353480-26/B-132 від 24.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АДЕМТА, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 400 мг, у флаконі в комплекті з 5 мл розчинника в ампулі; 5 флаконів з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій та 5 ампул з розчинником у контурній чарунковій упаковці; 1 контурна чарункова упаковка у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353480-26/B-132 від 24.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АДЕМТА, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 400 мг, у флаконі в комплекті з 5 мл розчинника в ампулі; 5 флаконів з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій та 5 ампул з розчинником у контурній чарунковій упаковці; 1 контурна чарункова упаковка у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353480-26/B-132 від 24.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АДЕМТА, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 400 мг, у флаконі в комплекті з 5 мл розчинника в ампулі; 5 флаконів з ліофілізатом для розчину для ін'єкцій та 5 ампул з розчинником у контурній чарунковій упаковці; 1 контурна чарункова упаковка у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343375-25/B-137 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗАГІЛІН® АСІНО, таблетки, по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у картонній пачці; по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343375-25/B-137 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗАГІЛІН® АСІНО, таблетки, по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у картонній пачці; по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343375-25/B-137 від 21.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗАГІЛІН® АСІНО, таблетки, по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у картонній пачці; по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345759-25/З-137, 345760-25/З-137, 345762-25/З-137 від 06.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗАЦИТИДИН АККОРД, порошок для приготування суспензії для ін'єкцій, 25 мг/мл<br>по 150 мг у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345759-25/З-137, 345760-25/З-137, 345762-25/З-137 від 06.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗАЦИТИДИН АККОРД, порошок для приготування суспензії для ін'єкцій, 25 мг/мл<br>по 150 мг у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345759-25/З-137, 345760-25/З-137, 345762-25/З-137 від 06.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗАЦИТИДИН АККОРД, порошок для приготування суспензії для ін'єкцій, 25 мг/мл<br>по 150 мг у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350717-25/3-144 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛОКСІ®, розчин для ін`єкцій, 250 мкг/5 мл; по 5 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ХЕЛСІНН БІРЕКС ФАРМАСЬЮТІКАЛС ЛТД., Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350717-25/3-144 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛОКСІ®, розчин для ін`єкцій, 250 мкг/5 мл; по 5 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ХЕЛСІНН БІРЕКС ФАРМАСЬЮТІКАЛС ЛТД., Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350717-25/3-144 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛОКСІ®, розчин для ін`єкцій, 250 мкг/5 мл; по 5 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ХЕЛСІНН БІРЕКС ФАРМАСЬЮТІКАЛС ЛТД., Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354597-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Кедріон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354597-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Кедріон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354597-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Кедріон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354599-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Кедріон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354599-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Кедріон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354599-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Кедріон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352746-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬМІНДА, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352746-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬМІНДА, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352746-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬМІНДА, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352746-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬМІНДА, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352746-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬМІНДА, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352746-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬМІНДА, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353812-26/3-120 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, таблетки по 30 мг<br>по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці;<br>in bulk № 12600 (10x1260): по 10 таблеток у блістері; по 1260 блістерів в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353812-26/3-120 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, таблетки по 30 мг<br>по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці;<br>in bulk № 12600 (10x1260): по 10 таблеток у блістері; по 1260 блістерів в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353812-26/3-120 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, таблетки по 30 мг<br>по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці;<br>in bulk № 12600 (10х1260): по 10 таблеток у блістері; по 1260 блістерів в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353812-26/3-120 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, таблетки по 30 мг<br>по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці;<br>in bulk № 12600 (10x1260): по 10 таблеток у блістері; по 1260 блістерів в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353812-26/3-120 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, таблетки по 30 мг<br>по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці;<br>in bulk № 12600 (10x1260): по 10 таблеток у блістері; по 1260 блістерів в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353812-26/3-120 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, таблетки по 30 мг<br>по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці;<br>in bulk № 12600 (10х1260): по 10 таблеток у блістері; по 1260 блістерів в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353183-26/B-138 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ-ТЕВА, розчин оральний, 7,5 мг/мл; по 40 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону з пробкою-крапельницею, дозуючою скляночкою в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353183-26/B-138 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ-ТЕВА, розчин оральний, 7,5 мг/мл; по 40 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону з пробкою-крапельницею, дозуючою скляночкою в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353183-26/B-138 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ-ТЕВА, розчин оральний, 7,5 мг/мл; по 40 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону з пробкою-крапельницею, дозуючою скляночкою в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340843-25/3-97 від 09.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМОКСИЦИЛІН, капсули по 500 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340843-25/3-97 від 09.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМОКСИЦИЛІН, капсули по 500 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340843-25/3-97 від 09.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМОКСИЦИЛІН, капсули по 500 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352467-26/3-148 від 09.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМПРИЛ® HD, таблетки по 5 мг/25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4, або по 8, або по 12, або по 14 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352467-26/3-148 від 09.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМПРИЛ® HD, таблетки по 5 мг/25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4, або по 8, або по 12, або по 14 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352467-26/3-148 від 09.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМПРИЛ® HD, таблетки по 5 мг/25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4, або по 8, або по 12, або по 14 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352468-26/3-148 від 09.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМПРИЛ® HL, таблетки по 2,5 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4, або по 8, або по 12, або по 14 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352468-26/3-148 від 09.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМПРИЛ® HL, таблетки по 2,5 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4, або по 8, або по 12, або по 14 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352468-26/3-148 від 09.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМПРИЛ® HL, таблетки по 2,5 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4, або по 8, або по 12, або по 14 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352268-26/3-117 від 03.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАГРЕЛІД ЗЕНТІВА, капсули тверді по 0,5 мг; по 100 капсул у пляшці; по 1 пляшці у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352268-26/3-117 від 03.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАГРЕЛІД ЗЕНТІВА, капсули тверді по 0,5 мг; по 100 капсул у пляшці; по 1 пляшці у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352268-26/3-117 від 03.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАГРЕЛІД ЗЕНТІВА, капсули тверді по 0,5 мг; по 100 капсул у пляшці; по 1 пляшці у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347844-25/З-120, 350470-25/З-45 від 11.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПІРОЛ, розчин для інфузій, 400 мг/100 мл, по 100 мл (400 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347844-25/3-120, 350470-25/3-45 від 11.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПІРОЛ, розчин для інфузій, 400 мг/100 мл, по 100 мл (400 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347844-25/З-120, 350470-25/З-45 від 11.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПІРОЛ, розчин для інфузій, 400 мг/100 мл, по 100 мл (400 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345858-25/З-146, 348055-25/З-146 від 07.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПОНІЛ, таблетки по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345858-25/З-146, 348055-25/З-146 від 07.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПОНІЛ, таблетки по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345858-25/З-146, 348055-25/З-146 від 07.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПОНІЛ, таблетки по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353023-26/3-149 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИМІДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353023-26/3-149 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИМІДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353023-26/3-149 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРИМІДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352806-26/3-128, 352807-26/3-128, 352808-26/3-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРИН КАРДІО®, таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 7 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352806-26/З-128, 352807-26/З-128, 352808-26/З-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРИН КАРДІО®, таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 7 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352806-26/3-128, 352807-26/3-128, 352808-26/3-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРИН КАРДІО®, таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 7 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348154-25/B-28 від 17.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЕТИЛЦИСТЕЇН, порошок для орального розчину, 600 мг по 3 г порошку у саше, по 20 саше в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348154-25/B-28 від 17.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЕТИЛЦИСТЕЇН, порошок для орального розчину, 600 мг по 3 г порошку у саше, по 20 саше в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348154-25/B-28 від 17.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЕТИЛЦИСТЕЇН, порошок для орального розчину, 600 мг по 3 г порошку у саше, по 20 саше в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350752-25/3-97, 350753-25/3-97, 350754-25/3-97, 350811-25/3-145, 350812-25/3-145, 350814-25/3-145, 350816-25/3-145, 350817-25/3-145 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАЛАНС 1,5% ГЛЮКОЗИ 1,75 ММОЛЬ/Л КАЛЬЦІЮ, розчин для перитонеального діалізу;**<br>**по 2000 мл або 2500 мл у системі двокамерного мішка стей•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером;**<br>**по 3000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером;**<br>**по 5000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 2 мішки у картонній коробці зі стикером** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Медикал Кер Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350752-25/3-97, 350753-25/3-97, 350754-25/3-97, 350811-25/3-145, 350812-25/3-145, 350814-25/3-145, 350816-25/3-145, 350817-25/3-145 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАЛАНС 1,5% ГЛЮКОЗИ 1,75 ММОЛЬ/Л КАЛЬЦІЮ, розчин для перитонеального діалізу;**<br>**по 2000 мл або 2500 мл у системі двокамерного мішка стей•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером;**<br>**по 3000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером;**<br>**по 5000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 2 мішки у картонній коробці зі стикером** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Медикал Кер Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350752-25/3-97, 350753-25/3-97, 350754-25/3-97, 350811-25/3-145, 350812-25/3-145, 350814-25/3-145, 350816-25/3-145, 350817-25/3-145 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАЛАНС 1,5% ГЛЮКОЗИ 1,75 ММОЛЬ/Л КАЛЬЦІЮ, розчин для перитонеального діалізу;**<br>**по 2000 мл або 2500 мл у системі двокамерного мішка стей•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером;**<br>**по 3000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 4 мішки у картонній коробці зі стикером;**<br>**по 5000 мл у системі двокамерного мішка сліп•сейф; по 2 мішки у картонній коробці зі стикером** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Медикал Кер Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349150-25/B-144 від 01.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕРЕЗИ БРУНЬКИ, бруньки по 10 г у пакетах полімерних; по 10 г або 20 г, або 50 г у пачках з внутрішнім пакетом** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349150-25/B-144 від 01.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕРЕЗИ БРУНЬКИ, бруньки по 10 г у пакетах полімерних; по 10 г або 20 г, або 50 г у пачках з внутрішнім пакетом** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349150-25/B-144 від 01.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕРЕЗИ БРУНЬКИ, бруньки по 10 г у пакетах полімерних; по 10 г або 20 г, або 50 г у пачках з внутрішнім пакетом** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347841-25/B-97, 347842-25/B-97 від 11.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕРОЗ, настойка для перорального застосування, по 100 мл у банках; по 500 мл у пляшках** |
| **Заявник** | **ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347841-25/B-97, 347842-25/B-97 від 11.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕРОЗ, настойка для перорального застосування, по 100 мл у банках; по 500 мл у пляшках** |
| **Заявник** | **ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347841-25/B-97, 347842-25/B-97 від 11.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕРОЗ, настойка для перорального застосування, по 100 мл у банках; по 500 мл у пляшках** |
| **Заявник** | **ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354116-26/3-128 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТОПТИК® S, краплі очні 0,25%; по 5 мл у флаконах-крапельницях; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354116-26/3-128 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТОПТИК® S, краплі очні 0,25%; по 5 мл у флаконах-крапельницях; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354116-26/3-128 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТОПТИК® S, краплі очні 0,25%; по 5 мл у флаконах-крапельницях; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305751-23/3-96, 305755-23/3-96, 305761-23/3-96, 305762-23/3-96, 305764-23/3-96, 305765-23/3-96 від 27.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРЕНАМ 500, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг, по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Брукс Стерісайєнс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305751-23/3-96, 305755-23/3-96, 305761-23/3-96, 305762-23/3-96, 305764-23/3-96, 305765-23/3-96 від 27.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРЕНАМ 500, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг, по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Брукс Стерісайєнс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305751-23/3-96, 305755-23/3-96, 305761-23/3-96, 305762-23/3-96, 305764-23/3-96, 305765-23/3-96 від 27.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРЕНАМ 500, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг, по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Брукс Стерісайєнс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352975-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці або по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352975-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці або по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352975-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці або по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352975-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці або по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352975-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці або по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352975-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці або по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352956-26/3-149 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл; 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352956-26/3-149 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл; 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352956-26/3-149 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл; 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352956-26/3-149 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл; 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352956-26/3-149 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл; 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352956-26/3-149 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл; 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343118-25/З-138 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУПІРОЛ, розчин для інфузій, 4 мг/мл, по 100 мл у контейнері в захисному пакеті** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343118-25/З-138 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУПІРОЛ, розчин для інфузій, 4 мг/мл, по 100 мл у контейнері в захисному пакеті** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343118-25/3-138 від 18.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУПІРОЛ, розчин для інфузій, 4 мг/мл, по 100 мл у контейнері в захисному пакеті** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355382-26/B-28 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЬПРОАТ НАТРІЮ, кристалічний, гігроскопічний порошок (субстанція) у подвійних пакетах із поліетилену високої густини для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355382-26/B-28 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЬПРОАТ НАТРІЮ, кристалічний, гігроскопічний порошок (субстанція) у подвійних пакетах із поліетилену високої густини для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355382-26/B-28 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЬПРОАТ НАТРІЮ, кристалічний, гігроскопічний порошок (субстанція) у подвійних пакетах із поліетилену високої густини для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/З-124, 329102-24/З-124, 329103-24/З-124, 330831-25/З-124, 331391-25/З-124, 340118-25/З-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/З-124, 329102-24/З-124, 329103-24/З-124, 330831-25/З-124, 331391-25/З-124, 340118-25/З-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/З-124, 329102-24/З-124, 329103-24/З-124, 330831-25/З-124, 331391-25/З-124, 340118-25/З-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/З-124, 329102-24/З-124, 329103-24/З-124, 330831-25/З-124, 331391-25/З-124, 340118-25/З-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/З-124, 329102-24/З-124, 329103-24/З-124, 330831-25/З-124, 331391-25/З-124, 340118-25/З-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **328146-24/3-124, 329102-24/3-124, 329103-24/3-124, 330831-25/3-124, 331391-25/3-124, 340118-25/3-124 від 13.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;<br>розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347501-25/3-140 від 03.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338826-25/3-140 від 06.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕГОВІ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій по 0,25 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 0,5 мг; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 1,7 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 попередньо наповнена шприц-ручка та 4 одноразові голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці;**<br>**розчин для ін'єкцій по 2,4 мг; по 3 мл розчину у попередньо наповненій шприц-ручці; 1 або 3 попередньо наповнені шприц-ручки та 4 або 12 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УДЗД<br><br>Прийнято співробітником УКЕМ | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352697-26/3-128 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗАН, таблетки по 2 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352697-26/3-128 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗАН, таблетки по 2 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352697-26/3-128 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗАН, таблетки по 2 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354338-26/3-124 від 11.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІРГАН®, гель очний, 1,5 мг/г; по 5 г у тубі з наконечником, що загвинчується ковпачком; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторуар Теа, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354338-26/3-124 від 11.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІРГАН®, гель очний, 1,5 мг/г; по 5 г у тубі з наконечником, що загвинчується ковпачком; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторуар Теа, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354338-26/3-124 від 11.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІРГАН®, гель очний, 1,5 мг/г; по 5 г у тубі з наконечником, що загвинчується ковпачком; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторуар Теа, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353586-26/3-96, 353587-26/3-96, 353588-26/3-96, 353589-26/3-96, 353590-26/3-96, 353591-26/3-96, 353592-26/3-96, 353593-26/3-96, 353594-26/3-96, 353595-26/3-96, 353596-26/3-96 від 25.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, гель назальний 0,05% або 0,1% по 10 г у флаконі з насосом-дозатором; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353586-26/3-96, 353587-26/3-96, 353588-26/3-96, 353589-26/3-96, 353590-26/3-96, 353591-26/3-96, 353592-26/3-96, 353593-26/3-96, 353594-26/3-96, 353595-26/3-96, 353596-26/3-96 від 25.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, гель назальний 0,05% або 0,1% по 10 г у флаконі з насосом-дозатором; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353586-26/3-96, 353587-26/3-96, 353588-26/3-96, 353589-26/3-96, 353590-26/3-96, 353591-26/3-96, 353592-26/3-96, 353593-26/3-96, 353594-26/3-96, 353595-26/3-96, 353596-26/3-96 від 25.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, гель назальний 0,05% або 0,1% по 10 г у флаконі з насосом-дозатором; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353586-26/3-96, 353587-26/3-96, 353588-26/3-96, 353589-26/3-96, 353590-26/3-96, 353591-26/3-96, 353592-26/3-96, 353593-26/3-96, 353594-26/3-96, 353595-26/3-96, 353596-26/3-96 від 25.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, гель назальний 0,05% або 0,1% по 10 г у флаконі з насосом-дозатором; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353586-26/3-96, 353587-26/3-96, 353588-26/3-96, 353589-26/3-96, 353590-26/3-96, 353591-26/3-96, 353592-26/3-96, 353593-26/3-96, 353594-26/3-96, 353595-26/3-96, 353596-26/3-96 від 25.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, гель назальний 0,05% або 0,1% по 10 г у флаконі з насосом-дозатором; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353586-26/3-96, 353587-26/3-96, 353588-26/3-96, 353589-26/3-96, 353590-26/3-96, 353591-26/3-96, 353592-26/3-96, 353593-26/3-96, 353594-26/3-96, 353595-26/3-96, 353596-26/3-96 від 25.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, гель назальний 0,05% або 0,1% по 10 г у флаконі з насосом-дозатором; по 1 флакону в пачці картонній** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348372-25/3-138 від 20.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл; по 2 мл (200 мг), 10 мл (1000 мг), 15 мл (1500 мг), 20 мл (2000 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348372-25/3-138 від 20.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл; по 2 мл (200 мг), 10 мл (1000 мг), 15 мл (1500 мг), 20 мл (2000 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348372-25/3-138 від 20.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл; по 2 мл (200 мг), 10 мл (1000 мг), 15 мл (1500 мг), 20 мл (2000 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351219-26/3-88, 355999-26/3-88 від 02.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЕНЦЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351219-26/3-88, 355999-26/3-88 від 02.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЕНЦЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351219-26/3-88, 355999-26/3-88 від 02.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЕНЦЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340209-25/З-116 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340209-25/3-116 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340209-25/3-116 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340209-25/З-116 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340209-25/3-116 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340209-25/3-116 від 27.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348991-25/B-100 від 28.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛОДУ ПЛОДИ, плоди; по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 4 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348991-25/B-100 від 28.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛОДУ ПЛОДИ, плоди; по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 4 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348991-25/B-100 від 28.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛОДУ ПЛОДИ, плоди; по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 4 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339330-25/B-128 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЙМІСИЛ, гель, 10 мг/г; по 70 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339330-25/B-128 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЙМІСИЛ, гель, 10 мг/г; по 70 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339330-25/B-128 від 13.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЙМІСИЛ, гель, 10 мг/г; по 70 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350367-25/B-145 від 17.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН™, таблетки для розсмоктування; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3, або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350367-25/B-145 від 17.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН™, таблетки для розсмоктування; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3, або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350367-25/B-145 від 17.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН™, таблетки для розсмоктування; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3, або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349614-25/3-118 від 08.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕЛЬТАЦЕФ , порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г; по 1 або 10 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349614-25/3-118 від 08.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕЛЬТАЦЕФ , порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г; по 1 або 10 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349614-25/3-118 від 08.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕЛЬТАЦЕФ , порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г; по 1 або 10 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323773-24/3-124, 323774-24/3-124, 323775-24/3-124, 323776-24/3-124, 335769-25/3-124, 335770-25/3-124, 338135-25/3-124, 338136-25/3-124, 346205-25/3-124 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПАКІН® ЕНТЕРІК 300, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг; № 100 (10х10): (по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці)** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323773-24/3-124, 323774-24/3-124, 323775-24/3-124, 323776-24/3-124, 335769-25/3-124, 335770-25/3-124, 338135-25/3-124, 338136-25/3-124, 346205-25/3-124 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПАКІН® ЕНТЕРІК 300, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг; № 100 (10х10): (по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці)** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **323773-24/3-124, 323774-24/3-124, 323775-24/3-124, 323776-24/3-124, 335769-25/3-124, 335770-25/3-124, 338135-25/3-124, 338136-25/3-124, 346205-25/3-124 від 14.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПАКІН® ЕНТЕРІК 300, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг; № 100 (10х10): (по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці)** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349002-25/B-130 від 28.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРЕВІЮ ТРАВА, трава по 50 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 у фільтр-пакетів у пачці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349002-25/B-130 від 28.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРЕВІЮ ТРАВА, трава по 50 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 у фільтр-пакетів у пачці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349002-25/B-130 від 28.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРЕВІЮ ТРАВА, трава по 50 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 у фільтр-пакетів у пачці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348941-25/3-132, 348942-25/3-132, 348943-25/3-132, 350223-25/3-132 від 27.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, шампунь, 20 мг/мл; по 8 мл у саше; по 20 саше в картонній упаковці; по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника ТОВ «ГЛЕДФАРМ ЛТД», Україна)**<br>**шампунь, 20 мг/мл; in bulk №600: по 8 мл у саше; по 600 саше в картонній коробці; in bulk №72: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 72 флакони в картонній коробці; in bulk №240: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 240 флаконів в картонній коробці; in bulk №50: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 50 флаконів в картонній коробці; in bulk №96: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 96 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348941-25/3-132, 348942-25/3-132, 348943-25/3-132, 350223-25/3-132 від 27.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, шампунь, 20 мг/мл; по 8 мл у саше; по 20 саше в картонній упаковці; по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника ТОВ «ГЛЕДФАРМ ЛТД», Україна)**<br>**шампунь, 20 мг/мл; in bulk №600: по 8 мл у саше; по 600 саше в картонній коробці; in bulk №72: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 72 флакони в картонній коробці; in bulk №240: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 240 флаконів в картонній коробці; in bulk №50: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 50 флаконів в картонній коробці; in bulk №96: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 96 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348941-25/3-132, 348942-25/3-132, 348943-25/3-132, 350223-25/3-132 від 27.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, шампунь, 20 мг/мл; по 8 мл у саше; по 20 саше в картонній упаковці; по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника ТОВ «ГЛЕДФАРМ ЛТД», Україна)**<br>**шампунь, 20 мг/мл; in bulk №600: по 8 мл у саше; по 600 саше в картонній коробці; in bulk №72: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 72 флакони в картонній коробці; in bulk №240: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 240 флаконів в картонній коробці; in bulk №50: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 50 флаконів в картонній коробці; in bulk №96: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 96 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348941-25/3-132, 348942-25/3-132, 348943-25/3-132, 350223-25/3-132 від 27.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, шампунь, 20 мг/мл; по 8 мл у саше; по 20 саше в картонній упаковці; по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника ТОВ «ГЛЕДФАРМ ЛТД», Україна)**<br>**шампунь, 20 мг/мл; in bulk №600: по 8 мл у саше; по 600 саше в картонній коробці; in bulk №72: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 72 флакони в картонній коробці; in bulk №240: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 240 флаконів в картонній коробці; in bulk №50: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 50 флаконів в картонній коробці; in bulk №96: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 96 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348941-25/3-132, 348942-25/3-132, 348943-25/3-132, 350223-25/3-132 від 27.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, шампунь, 20 мг/мл; по 8 мл у саше; по 20 саше в картонній упаковці; по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника ТОВ «ГЛЕДФАРМ ЛТД», Україна)**<br>**шампунь, 20 мг/мл; in bulk №600: по 8 мл у саше; по 600 саше в картонній коробці; in bulk №72: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 72 флакони в картонній коробці; in bulk №240: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 240 флаконів в картонній коробці; in bulk №50: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 50 флаконів в картонній коробці; in bulk №96: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 96 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348941-25/3-132, 348942-25/3-132, 348943-25/3-132, 350223-25/3-132 від 27.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, шампунь, 20 мг/мл; по 8 мл у саше; по 20 саше в картонній упаковці; по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія); по 50 мл або 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 1 флакону в картонній упаковці (для виробника ТОВ «ГЛЕДФАРМ ЛТД», Україна)**<br>**шампунь, 20 мг/мл; in bulk №600: по 8 мл у саше; по 600 саше в картонній коробці; in bulk №72: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 72 флакони в картонній коробці; in bulk №240: по 50 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 240 флаконів в картонній коробці; in bulk №50: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 50 флаконів в картонній коробці; in bulk №96: по 100 мл у флаконі, кришечка якого обтягнута плівковою оболонкою; по 96 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338762-25/3-28 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИРОТОН®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338762-25/3-28 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИРОТОН®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338762-25/3-28 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИРОТОН®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338762-25/3-28 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИРОТОН®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338762-25/3-28 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИРОТОН®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338762-25/3-28 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИРОТОН®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338762-25/3-28 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИРОТОН®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338762-25/3-28 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИРОТОН®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338762-25/3-28 від 04.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИРОТОН®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353007-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 22,5 мг та розчинник для суспензії для ін'єкцій з пролонгованим вивільненням; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулі № 1, 1 блістером, що містить 1 шприц для ін'єкцій та 2 ін'єкційні голки у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353007-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 22,5 мг та розчинник для суспензії для ін'єкцій з пролонгованим вивільненням; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулі № 1, 1 блістером, що містить 1 шприц для ін'єкцій та 2 ін'єкційні голки у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353007-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 22,5 мг та розчинник для суспензії для ін'єкцій з пролонгованим вивільненням; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулі № 1, 1 блістером, що містить 1 шприц для ін'єкцій та 2 ін'єкційні голки у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352703-26/3-120 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІКЛОТОЛ®, гранули по 100 мг;<br>по 1 г гранул у саше; по 20 саше у картонній упаковці;<br>in bulk: № 960 (1х960) саше; по 1 г гранул у саше; по 960 саше у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352703-26/3-120 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІКЛОТОЛ®, гранули по 100 мг;<br>по 1 г гранул у саше; по 20 саше у картонній упаковці;<br>in bulk: № 960 (1х960) саше; по 1 г гранул у саше; по 960 саше у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352703-26/3-120 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІКЛОТОЛ®, гранули по 100 мг;<br>по 1 г гранул у саше; по 20 саше у картонній упаковці;<br>in bulk: № 960 (1х960) саше; по 1 г гранул у саше; по 960 саше у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352703-26/3-120 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІКЛОТОЛ®, гранули по 100 мг;<br>по 1 г гранул у саше; по 20 саше у картонній упаковці;<br>in bulk: № 960 (1х960) саше; по 1 г гранул у саше; по 960 саше у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352703-26/3-120 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІКЛОТОЛ®, гранули по 100 мг;<br>по 1 г гранул у саше; по 20 саше у картонній упаковці;<br>in bulk: № 960 (1х960) саше; по 1 г гранул у саше; по 960 саше у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352703-26/3-120 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІКЛОТОЛ®, гранули по 100 мг;<br>по 1 г гранул у саше; по 20 саше у картонній упаковці;<br>in bulk: № 960 (1х960) саше; по 1 г гранул у саше; по 960 саше у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355301-26/3-120 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМПЕРИДОН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355301-26/3-120 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМПЕРИДОН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355301-26/3-120 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМПЕРИДОН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354594-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНЕМАК 5, ДОНЕМАК 10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354594-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНЕМАК 5, ДОНЕМАК 10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354594-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНЕМАК 5, ДОНЕМАК 10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354594-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНЕМАК 5, ДОНЕМАК 10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354594-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНЕМАК 5, ДОНЕМАК 10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354594-26/3-123 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНЕМАК 5, ДОНЕМАК 10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353656-26/3-148 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЦЕТАКСЕЛ-ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 1 мл (20 мг), або по 4 мл (80 мг), або 7 мл (140 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353656-26/3-148 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЦЕТАКСЕЛ-ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 1 мл (20 мг), або по 4 мл (80 мг), або 7 мл (140 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353656-26/3-148 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЦЕТАКСЕЛ-ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 1 мл (20 мг), або по 4 мл (80 мг), або 7 мл (140 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353827-26/3-144 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУОВІТ®, таблетки, вкриті оболонкою; комбі-упаковка: 5 таблеток червоного кольору + 5 таблеток блакитного кольору у блістері; по 4 або 6, або 8 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353827-26/3-144 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУОВІТ®, таблетки, вкриті оболонкою; комбі-упаковка: 5 таблеток червоного кольору + 5 таблеток блакитного кольору у блістері; по 4 або 6, або 8 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353827-26/3-144 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУОВІТ®, таблетки, вкриті оболонкою; комбі-упаковка: 5 таблеток червоного кольору + 5 таблеток блакитного кольору у блістері; по 4 або 6, або 8 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351678-26/3-123 від 21.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУТАСТЕРИД Т, капсули тверді, 0,5 мг/0,4 мг; по 30 або 90 капсул в пляшці; по 1 пляшці у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351678-26/3-123 від 21.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУТАСТЕРИД Т, капсули тверді, 0,5 мг/0,4 мг; по 30 або 90 капсул в пляшці; по 1 пляшці у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351678-26/3-123 від 21.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУТАСТЕРИД Т, капсули тверді, 0,5 мг/0,4 мг; по 30 або 90 капсул в пляшці; по 1 пляшці у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342655-25/B-96, 342656-25/B-96 від 08.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВОЙД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг, або 20 мг, або 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353732-26/B-126 від 27.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕГЛОНІЛ®, капсули по 50 мг; № 30 (15х2): по 15 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; № 30 (30х1): по 30 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **неураксфарм Арзнеймiттель Гмбх, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353732-26/B-126 від 27.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕГЛОНІЛ®, капсули по 50 мг; № 30 (15х2): по 15 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; № 30 (30х1): по 30 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **неураксфарм Арзнеймiттель Гмбх, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353732-26/B-126 від 27.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕГЛОНІЛ®, капсули по 50 мг; № 30 (15х2): по 15 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; № 30 (30х1): по 30 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **неураксфарм Арзнеймiттель Гмбх, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353823-26/B-149 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕГЛОНІЛ®, таблетки по 200 мг; № 12 (12х1): по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **неураксфарм Арзнеймiттель Гмбх, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353823-26/B-149 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕГЛОНІЛ®, таблетки по 200 мг; № 12 (12х1): по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **неураксфарм Арзнеймiттель Гмбх, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353823-26/B-149 від 02.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕГЛОНІЛ®, таблетки по 200 мг; № 12 (12х1): по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **неураксфарм Арзнеймiттель Гмбх, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351919-26/B-96 від 26.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕДАРАВОН, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351919-26/B-96 від 26.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕДАРАВОН, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351919-26/B-96 від 26.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕДАРАВОН, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349738-25/B-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕДЕМ®, сироп, 0,5 мг/мл по 60 мл або 100 мл у флаконі скляному з гвинтовим горлом брунатного кольору, укупореному кришкою гвинтовою з кільцем контролю розкриття або кришкою закупорювально-нагвинчуваною з контролем першого відкриття; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною/дозуючою або дозуючим стаканом/стаканом дозуючим в пачці із картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349738-25/B-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕДЕМ®, сироп, 0,5 мг/мл по 60 мл або 100 мл у флаконі скляному з гвинтовим горлом брунатного кольору, укупореному кришкою гвинтовою з кільцем контролю розкриття або кришкою закупорювально-нагвинчуваною з контролем першого відкриття; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною/дозуючою або дозуючим стаканом/стаканом дозуючим в пачці із картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349738-25/B-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕДЕМ®, сироп, 0,5 мг/мл по 60 мл або 100 мл у флаконі скляному з гвинтовим горлом брунатного кольору, укупореному кришкою гвинтовою з кільцем контролю розкриття або кришкою закупорювально-нагвинчуваною з контролем першого відкриття; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною/дозуючою або дозуючим стаканом/стаканом дозуючим в пачці із картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349854-25/3-147 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗЕМАРИН , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349854-25/3-147 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗЕМАРИН , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349854-25/3-147 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗЕМАРИН , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352810-26/3-138 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗОДЕРИЛ®, крем 1 %, по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352810-26/3-138 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗОДЕРИЛ®, крем 1 %, по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352810-26/3-138 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗОДЕРИЛ®, крем 1 %, по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341557-25/3-130 від 21.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСФОРЖ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг/160 мг/25 мг; по 10 мг/160 мг/25 мг; по 5 мг/160 мг/12,5 мг; по 10 мг/160 мг/12,5 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348330-25/З-152, 348331-25/З-152 від 19.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЕВІТ® ПРОНАТАЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 10 блістерів у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348330-25/З-152, 348331-25/З-152 від 19.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЕВІТ® ПРОНАТАЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 10 блістерів у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348330-25/З-152, 348331-25/З-152 від 19.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛЕВІТ® ПРОНАТАЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 10 блістерів у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342597-25/3-140, 342598-25/3-140, 342599-25/3-140, 342600-25/3-140, 342601-25/3-140, 342602-25/3-140, 342603-25/3-140, 342604-25/3-140, 342606-25/3-140, 342607-25/3-140, 342608-25/3-140, 349130-25/3-149 від 07.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛОКОМ®, лосьйон 0,1 % по 30 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342597-25/3-140, 342598-25/3-140, 342599-25/3-140, 342600-25/3-140, 342601-25/3-140, 342602-25/3-140, 342603-25/3-140, 342604-25/3-140, 342606-25/3-140, 342607-25/3-140, 342608-25/3-140, 349130-25/3-149 від 07.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛОКОМ®, лосьйон 0,1 % по 30 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342597-25/3-140, 342598-25/3-140, 342599-25/3-140, 342600-25/3-140, 342601-25/3-140, 342602-25/3-140, 342603-25/3-140, 342604-25/3-140, 342606-25/3-140, 342607-25/3-140, 342608-25/3-140, 349130-25/3-149 від 07.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕЛОКОМ®, лосьйон 0,1 % по 30 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354143-26/3-146 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНТЕРОЛ 250, капсули по 250 мг, по 10 або по 20, або по 30, або по 50 капсул у пляшці скляній; по 1 пляшці скляній у картонній коробці; по 5 капсул у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці; по 6 капсул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **БІОКОДЕКС, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354143-26/3-146 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНТЕРОЛ 250, капсули по 250 мг, по 10 або по 20, або по 30, або по 50 капсул у пляшці скляній; по 1 пляшці скляній у картонній коробці; по 5 капсул у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці; по 6 капсул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **БІОКОДЕКС, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354143-26/3-146 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНТЕРОЛ 250, капсули по 250 мг, по 10 або по 20, або по 30, або по 50 капсул у пляшці скляній; по 1 пляшці скляній у картонній коробці; по 5 капсул у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці; по 6 капсул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **БІОКОДЕКС, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348017-25/B-28, 348018-25/B-28 від 13.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАЛІЗА САХАРАТ - ЗАЛІЗНЕ ВИНО, розчин оральний, 7,39 г/100 г по 100 г у флаконах або банках** |
| **Заявник** | **ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348017-25/B-28, 348018-25/B-28 від 13.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАЛІЗА САХАРАТ - ЗАЛІЗНЕ ВИНО, розчин оральний, 7,39 г/100 г по 100 г у флаконах або банках** |
| **Заявник** | **ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348017-25/B-28, 348018-25/B-28 від 13.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАЛІЗА САХАРАТ - ЗАЛІЗНЕ ВИНО, розчин оральний, 7,39 г/100 г по 100 г у флаконах або банках** |
| **Заявник** | **ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354815-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАНІДІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 4, або 7 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354815-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАНІДІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 4, або 7 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354815-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАНІДІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 4, або 7 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354815-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАНІДІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 4, або 7 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354815-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАНІДІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 4, або 7 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354815-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАНІДІП®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 4, або 7 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343872-25/B-96 від 29.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАСПОКІЙЛИВИЙ ЗБІР № 2 (СЕДАТИВНИЙ), збір, по 60 г або по 75 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці з внутрішнім пакетом** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343872-25/B-96 від 29.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАСПОКІЙЛИВИЙ ЗБІР № 2 (СЕДАТИВНИЙ), збір, по 60 г або по 75 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці з внутрішнім пакетом** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343872-25/B-96 від 29.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗАСПОКІЙЛИВИЙ ЗБІР № 2 (СЕДАТИВНИЙ), збір, по 60 г або по 75 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці з внутрішнім пакетом** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348539-25/3-138 від 24.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОФЕТРОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348539-25/3-138 від 24.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОФЕТРОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348539-25/3-138 від 24.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОФЕТРОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349220-25/З-116, 349221-25/З-116, 356565-26/З-116 від 02.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБУПРОМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по 2 таблетки у саше; по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Юнілаб, ЛП, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349220-25/З-116, 349221-25/З-116, 356565-26/З-116 від 02.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБУПРОМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по 2 таблетки у саше; по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Юнілаб, ЛП, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349220-25/З-116, 349221-25/З-116, 356565-26/З-116 від 02.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБУПРОМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по 2 таблетки у саше; по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Юнілаб, ЛП, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309901-24/B-145, 309902-24/B-145, 309903-24/B-145, 309904-24/B-145, 309905-24/B-145, 309906-24/B-145, 309907-24/B-145, 309981-24/B-145, 314004-24/B-145, 314006-24/B-145, 314008-24/B-145, 314009-24/B-145, 314010-24/B-145, 314011-24/B-145, 314012-24/B-145, 314013-24/B-145, 314014-24/B-145, 318870-24/B-145 від 06.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗОСОРБІДУ ДИНІТРАТ ВОДНИЙ, порошок (субстанція) у банках або в пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309901-24/B-145, 309902-24/B-145, 309903-24/B-145, 309904-24/B-145, 309905-24/B-145, 309906-24/B-145, 309907-24/B-145, 309981-24/B-145, 314004-24/B-145, 314006-24/B-145, 314008-24/B-145, 314009-24/B-145, 314010-24/B-145, 314011-24/B-145, 314012-24/B-145, 314013-24/B-145, 314014-24/B-145, 318870-24/B-145 від 06.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗОСОРБІДУ ДИНІТРАТ ВОДНИЙ, порошок (субстанція) у банках або в пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309901-24/B-145, 309902-24/B-145, 309903-24/B-145, 309904-24/B-145, 309905-24/B-145, 309906-24/B-145, 309907-24/B-145, 309981-24/B-145, 314004-24/B-145, 314006-24/B-145, 314008-24/B-145, 314009-24/B-145, 314010-24/B-145, 314011-24/B-145, 314012-24/B-145, 314013-24/B-145, 314014-24/B-145, 318870-24/B-145 від 06.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗОСОРБІДУ ДИНІТРАТ ВОДНИЙ, порошок (субстанція) у банках або в пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354004-26/3-100 від 06.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗОФРА, спрей назальний, розчин, 8000 МО/мл; по 15 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354004-26/3-100 від 06.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗОФРА, спрей назальний, розчин, 8000 МО/мл; по 15 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354004-26/3-100 від 06.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗОФРА, спрей назальний, розчин, 8000 МО/мл; по 15 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355562-26/B-146 від 30.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМІКЕРАДЕРМ®, крем, 50 мг/г; по 250 мг крему в саше; по 12 або по 24 саше в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355562-26/B-146 від 30.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМІКЕРАДЕРМ®, крем, 50 мг/г; по 250 мг крему в саше; по 12 або по 24 саше в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355562-26/B-146 від 30.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМІКЕРАДЕРМ®, крем, 50 мг/г; по 250 мг крему в саше; по 12 або по 24 саше в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353892-26/3-147, 353893-26/3-147, 353894-26/3-147 від 03.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФЛУВАК® (INFLUVAC®) ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ, ПОВЕРХНЕВИЙ АНТИГЕН, ІНАКТИВОВАНА, суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому одноразовому шприці; по 1 або 10 шприців у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Біолоджікалз Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353892-26/3-147, 353893-26/3-147, 353894-26/3-147 від 03.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФЛУВАК® (INFLUVAC®) ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ, ПОВЕРХНЕВИЙ АНТИГЕН, ІНАКТИВОВАНА, суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому одноразовому шприці; по 1 або 10 шприців у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Біолоджікалз Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353892-26/3-147, 353893-26/3-147, 353894-26/3-147 від 03.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФЛУВАК® (INFLUVAC®) ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ, ПОВЕРХНЕВИЙ АНТИГЕН, ІНАКТИВОВАНА, суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому одноразовому шприці; по 1 або 10 шприців у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Біолоджікалз Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353977-26/B-145 від 04.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІТОПРИДУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у білих поліетиленових пакетах низької густини; у чорних поліетиленових пакетах низької густини; кожен пакет поміщають у контейнер із поліетилену високої густини для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353977-26/B-145 від 04.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІТОПРИДУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у білих поліетиленових пакетах низької густини; у чорних поліетиленових пакетах низької густини; кожен пакет поміщають у контейнер із поліетилену високої густини для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353977-26/B-145 від 04.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІТОПРИДУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у білих поліетиленових пакетах низької густини; у чорних поліетиленових пакетах низької густини; кожен пакет поміщають у контейнер із поліетилену високої густини для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350391-25/B-148 від 17.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІХТІОЛОВА МАЗЬ 10%, мазь 10%; по 25 г у контейнерах; по 30 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці; по 20 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці; по 30 г у тубах алюмінієвих; по 20 г у тубах алюмінієвих; по 20 г або по 30 г у тубах ламінатних; по 20 г або по 30 г у тубі ламінатній; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350391-25/B-148 від 17.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІХТІОЛОВА МАЗЬ 10%, мазь 10%; по 25 г у контейнерах; по 30 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці; по 20 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці; по 30 г у тубах алюмінієвих; по 20 г у тубах алюмінієвих; по 20 г або по 30 г у тубах ламінатних; по 20 г або по 30 г у тубі ламінатній; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350391-25/B-148 від 17.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІХТІОЛОВА МАЗЬ 10%, мазь 10%; по 25 г у контейнерах; по 30 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці; по 20 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці; по 30 г у тубах алюмінієвих; по 20 г у тубах алюмінієвих; по 20 г або по 30 г у тубах ламінатних; по 20 г або по 30 г у тубі ламінатній; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352754-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 40 мг; по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352754-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 40 мг; по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352754-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 40 мг; по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352754-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 40 мг; по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352754-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 40 мг; по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352754-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 40 мг; по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352754-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 40 мг; по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352754-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 40 мг; по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352754-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАБОМЕТИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 40 мг; по 60 мг; по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 4 блістери в картонній коробці або по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350463-25/B-146 від 18.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЕНДУЛИ МАЗЬ, мазь по 40 г у контейнерах; по 20 або по 30 г у тубах; по 20 або по 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону; по 20 г або по 30 г у тубах ламінатних; по 20 г або по 30 г у тубі ламінантній; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350463-25/B-146 від 18.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЕНДУЛИ МАЗЬ, мазь по 40 г у контейнерах; по 20 або по 30 г у тубах; по 20 або по 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону; по 20 г або по 30 г у тубах ламінатних; по 20 г або по 30 г у тубі ламінантній; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350463-25/B-146 від 18.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЕНДУЛИ МАЗЬ, мазь по 40 г у контейнерах; по 20 або по 30 г у тубах; по 20 або по 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону; по 20 г або по 30 г у тубах ламінатних; по 20 г або по 30 г у тубі ламінантній; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349628-25/3-96, 349629-25/3-96, 356772-26/3-96 від 08.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬДІУМ®, капсули пролонгованої дії по 600 мг; по 50 або 100 капсул у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349628-25/3-96, 349629-25/3-96, 356772-26/3-96 від 08.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬДІУМ®, капсули пролонгованої дії по 600 мг; по 50 або 100 капсул у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349628-25/3-96, 349629-25/3-96, 356772-26/3-96 від 08.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬДІУМ®, капсули пролонгованої дії по 600 мг; по 50 або 100 капсул у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349969-25/B-28 від 11.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІЮ ГЛЮКОНАТ - ДАРНИЦЯ (СТАБІЛІЗОВАНИЙ), розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці.** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349969-25/B-28 від 11.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІЮ ГЛЮКОНАТ - ДАРНИЦЯ (СТАБІЛІЗОВАНИЙ), розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці.** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349969-25/B-28 від 11.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІЮ ГЛЮКОНАТ - ДАРНИЦЯ (СТАБІЛІЗОВАНИЙ), розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці.** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339881-25/B-116 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕДОЛ , розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл препарату в ампулі; по 50 ампул у картонній коробці; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339881-25/B-116 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕДОЛ , розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл препарату в ампулі; по 50 ампул у картонній коробці; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339881-25/B-116 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕДОЛ , розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл препарату в ампулі; по 50 ампул у картонній коробці; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354566-26/B-96 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДЕКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354566-26/B-96 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДЕКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354566-26/B-96 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДЕКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354565-26/B-96 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДЕКСА, гранули для орального розчину по 25 мг; саше по 2,5 г; по 10, по 20, по 30 або по 40 саше у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354565-26/B-96 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДЕКСА, гранули для орального розчину по 25 мг; саше по 2,5 г; по 10, по 20, по 30 або по 40 саше у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354565-26/B-96 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДЕКСА, гранули для орального розчину по 25 мг; саше по 2,5 г; по 10, по 20, по 30 або по 40 саше у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350381-25/B-118, 356192-26/B-116 від 17.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДІН, супозиторії вагінальні по 400 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350381-25/B-118, 356192-26/B-116 від 17.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДІН, супозиторії вагінальні по 400 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350381-25/B-118, 356192-26/B-116 від 17.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОДІН, супозиторії вагінальні по 400 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355300-26/B-120 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КИСЛОТА АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВА, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355300-26/B-120 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КИСЛОТА АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВА, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355300-26/B-120 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КИСЛОТА АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВА, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342605-25/B-130 від 07.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/мл № 10 (2х5):**<br>**по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,4 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 1 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, | |

| | | |
|---|---|---|
| причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342605-25/B-130 від 07.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/мл № 10 (2х5):**<br>**по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,4 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 1 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, | |

| | | |
|---|---|---|
| причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342605-25/B-130 від 07.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/мл № 10 (2х5):**<br>**по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 0,4 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;**<br>**по 1 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, | |

| | | |
|---|---|---|
| причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335900-25/B-126 від 14.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/1 мл;**<br>**№ 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;**<br>**№ 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;**<br>**№ 2: по 0,8 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335900-25/B-126 від 14.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/1 мл;<br>№ 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;<br>№ 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;<br>№ 2: по 0,8 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335900-25/B-126 від 14.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/1 мл;<br>№ 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;<br>№ 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;<br>№ 2: по 0,8 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342390-25/B-149 від 04.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/мл; № 10 (2х5): по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,2 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,4 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 1 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342390-25/B-149 від 04.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/мл; № 10 (2х5): по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,2 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,4 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 1 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| оператором ВСО<br><br>Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | | |
| | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342390-25/B-149 від 04.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/мл; № 10 (2х5): по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,2 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,2 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,4 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 0,4 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 1 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; по 1 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| співробітником ВЛ УДЗД | | |
| Прийнято співробітником УКЕМ | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342389-25/B-149 від 04.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/1мл; № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342389-25/B-149 від 04.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/1мл; № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342389-25/B-149 від 04.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/1мл; № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки ERIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки PREVENTIS; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі без захисної системи голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347152-25/B-118 від 29.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347152-25/B-118 від 29.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347152-25/B-118 від 29.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347959-25/3-132 від 12.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інгаляцій по 1000000 МО або 2000000 МО, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347959-25/3-132 від 12.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інгаляцій по 1000000 МО або 2000000 МО, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347959-25/3-132 від 12.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інгаляцій по 1000000 МО або 2000000 МО, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347959-25/3-132 від 12.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інгаляцій по 1000000 МО або 2000000 МО, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347959-25/3-132 від 12.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інгаляцій по 1000000 МО або 2000000 МО, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347959-25/3-132 від 12.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інгаляцій по 1000000 МО або 2000000 МО, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351085-25/3-146 від 31.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНТРАКТУБЕКС, гель; по 10, 20 або 50 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351085-25/3-146 від 31.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНТРАКТУБЕКС, гель; по 10, 20 або 50 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351085-25/3-146 від 31.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНТРАКТУБЕКС, гель; по 10, 20 або 50 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351373-26/3-140 від 09.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНТРОЛОК®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Такеда ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351373-26/3-140 від 09.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНТРОЛОК®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Такеда ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351373-26/3-140 від 09.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНТРОЛОК®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Такеда ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350847-25/B-147 від 26.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕМГЕН, мазь; по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350847-25/B-147 від 26.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕМГЕН, мазь; по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350847-25/B-147 від 26.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕМГЕН, мазь; по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці** |
| **Заявник** | **Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352983-26/3-144 від 17.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344542-25/3-152 від 11.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСЕНІКАЛ®, капсули по 120 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймиттель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344542-25/3-152 від 11.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСЕНІКАЛ®, капсули по 120 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймиттель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344542-25/3-152 від 11.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСЕНІКАЛ®, капсули по 120 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ЧЕПЛАФАРМ Арцнайміттель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351749-26/B-120 від 22.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМІКОН® ДЕРМГЕЛЬ , гель 1 % по 15 г або по 30 г у тубі; по 1 тубі у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351749-26/B-120 від 22.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМІКОН® ДЕРМГЕЛЬ , гель 1 % по 15 г або по 30 г у тубі; по 1 тубі у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351749-26/B-120 від 22.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМІКОН® ДЕРМГЕЛЬ , гель 1 % по 15 г або по 30 г у тубі; по 1 тубі у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335971-25/B-120, 335972-25/B-120, 335973-25/B-120, 335974-25/B-120, 339779-25/B-39, 348920-25/B-145, 348921-25/B-145, 348922-25/B-145, 348923-25/B-145 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМОТРИН®, таблетки диспергован і, по 25 мг; таблетки диспергован і, по 50 мг; таблетки диспергован і, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335971-25/B-120, 335972-25/B-120, 335973-25/B-120, 335974-25/B-120, 339779-25/B-39, 348920-25/B-145, 348921-25/B-145, 348922-25/B-145, 348923-25/B-145 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМОТРИН®, таблетки диспергован і, по 25 мг; таблетки диспергован і, по 50 мг; таблетки диспергован і, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335971-25/B-120, 335972-25/B-120, 335973-25/B-120, 335974-25/B-120, 339779-25/B-39, 348920-25/B-145, 348921-25/B-145, 348922-25/B-145, 348923-25/B-145 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМОТРИН®, таблетки диспергован**і**, по 25 мг; таблетки диспергован**і**, по 50 мг; таблетки диспергован**і**, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335971-25/B-120, 335972-25/B-120, 335973-25/B-120, 335974-25/B-120, 339779-25/B-39, 348920-25/B-145, 348921-25/B-145, 348922-25/B-145, 348923-25/B-145 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМОТРИН®, таблетки диспергован і, по 25 мг; таблетки диспергован і, по 50 мг; таблетки диспергован і, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335971-25/B-120, 335972-25/B-120, 335973-25/B-120, 335974-25/B-120, 339779-25/B-39, 348920-25/B-145, 348921-25/B-145, 348922-25/B-145, 348923-25/B-145 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМОТРИН®, таблетки диспергован і, по 25 мг; таблетки диспергован і, по 50 мг; таблетки диспергован і, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335971-25/B-120, 335972-25/B-120, 335973-25/B-120, 335974-25/B-120, 339779-25/B-39, 348920-25/B-145, 348921-25/B-145, 348922-25/B-145, 348923-25/B-145 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМОТРИН®, таблетки диспергован**і**, по 25 мг; таблетки диспергован**і**, по 50 мг; таблетки диспергован**і**, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335971-25/B-120, 335972-25/B-120, 335973-25/B-120, 335974-25/B-120, 339779-25/B-39, 348920-25/B-145, 348921-25/B-145, 348922-25/B-145, 348923-25/B-145 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМОТРИН®, таблетки диспергован і, по 25 мг; таблетки диспергован і, по 50 мг; таблетки диспергован і, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335971-25/B-120, 335972-25/B-120, 335973-25/B-120, 335974-25/B-120, 339779-25/B-39, 348920-25/B-145, 348921-25/B-145, 348922-25/B-145, 348923-25/B-145 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМОТРИН®, таблетки диспергован і, по 25 мг; таблетки диспергован і, по 50 мг; таблетки диспергован і, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **335971-25/B-120, 335972-25/B-120, 335973-25/B-120, 335974-25/B-120, 339779-25/B-39, 348920-25/B-145, 348921-25/B-145, 348922-25/B-145, 348923-25/B-145 від 15.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМОТРИН®, таблетки диспергован**і**, по 25 мг; таблетки диспергован**і**, по 50 мг; таблетки диспергован**і**, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353663-26/B-146 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРФІКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, або 10 блістерів в картонній упаковці; in bulk: №10800 (10х1080) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1080 блістерів у картонній коробці; in bulk: №4800 (10х480) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 480 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353663-26/B-146 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРФІКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, або 10 блістерів в картонній упаковці; in bulk: №10800 (10х1080) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1080 блістерів у картонній коробці; in bulk: №4800 (10х480) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 480 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353663-26/B-146 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРФІКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, або 10 блістерів в картонній упаковці; in bulk: №10800 (10х1080) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1080 блістерів у картонній коробці; in bulk: №4800 (10х480) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 480 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353663-26/B-146 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРФІКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, або 10 блістерів в картонній упаковці; in bulk: №10800 (10х1080) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1080 блістерів у картонній коробці; in bulk: №4800 (10х480) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 480 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353663-26/B-146 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРФІКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, або 10 блістерів в картонній упаковці; in bulk: №10800 (10х1080) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1080 блістерів у картонній коробці; in bulk: №4800 (10х480) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 480 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353663-26/B-146 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРФІКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, або 10 блістерів в картонній упаковці; in bulk: №10800 (10х1080) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1080 блістерів у картонній коробці; in bulk: №4800 (10х480) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 480 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348486-25/B-146, 348487-25/B-146, 348488-25/B-146 від 21.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348486-25/B-146, 348487-25/B-146, 348488-25/B-146 від 21.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348486-25/B-146, 348487-25/B-146, 348488-25/B-146 від 21.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348486-25/B-146, 348487-25/B-146, 348488-25/B-146 від 21.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348486-25/B-146, 348487-25/B-146, 348488-25/B-146 від 21.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348486-25/B-146, 348487-25/B-146, 348488-25/B-146 від 21.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344738-25/B-100 від 15.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 7 або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344738-25/B-100 від 15.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 7 або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344738-25/B-100 від 15.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 7 або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344738-25/B-100 від 15.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 7 або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344738-25/B-100 від 15.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 7 або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344738-25/B-100 від 15.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 7 або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355330-26/B-96 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОЦЕТИРИЗИНУ ДИГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355330-26/B-96 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОЦЕТИРИЗИНУ ДИГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355330-26/B-96 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОЦЕТИРИЗИНУ ДИГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350854-25/3-137 від 26.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕТРАМ, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл по 5 мл (500 мг) у флаконі, по 1 або по 10 флаконів у коробці** |
| **Заявник** | **Аспіро Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350854-25/3-137 від 26.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕТРАМ, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл по 5 мл (500 мг) у флаконі, по 1 або по 10 флаконів у коробці** |
| **Заявник** | **Аспіро Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350854-25/3-137 від 26.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕТРАМ, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл по 5 мл (500 мг) у флаконі, по 1 або по 10 флаконів у коробці** |
| **Заявник** | **Аспіро Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347560-25/3-96, 351920-26/3-96 від 04.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕКОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347560-25/3-96, 351920-26/3-96 від 04.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕКОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347560-25/3-96, 351920-26/3-96 від 04.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕКОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339395-25/З-130, 347174-25/З-130 від 16.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОКОЇД ЛІПОКРЕМ, крем, 1 мг/г по 30 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339395-25/З-130, 347174-25/З-130 від 16.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОКОЇД ЛІПОКРЕМ, крем, 1 мг/г по 30 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339395-25/З-130, 347174-25/З-130 від 16.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОКОЇД ЛІПОКРЕМ, крем, 1 мг/г по 30 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354689-26/3-128 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОМЕКСИН®, крем 2 %; по 30 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354689-26/3-128 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОМЕКСИН®, крем 2 %; по 30 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354689-26/3-128 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОМЕКСИН®, крем 2 %; по 30 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342487-25/B-149, 342488-25/B-149, 342489-25/B-149, 342490-25/B-149, 342491-25/B-149 від 06.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАГНЕ-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342487-25/B-149, 342488-25/B-149, 342489-25/B-149, 342490-25/B-149, 342491-25/B-149 від 06.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАГНЕ-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342487-25/B-149, 342488-25/B-149, 342489-25/B-149, 342490-25/B-149, 342491-25/B-149 від 06.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАГНЕ-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349737-25/3-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349737-25/3-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349737-25/3-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349737-25/3-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349737-25/3-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349737-25/3-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349737-25/3-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349737-25/3-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349737-25/3-137 від 10.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350865-25/B-88 від 26.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛІСИ ТРАВА, трава; по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350865-25/B-88 від 26.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛІСИ ТРАВА, трава; по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350865-25/B-88 від 26.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛІСИ ТРАВА, трава; по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345388-25/З-117, 346824-25/З-117 від 29.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345388-25/З-117, 346824-25/З-117 від 29.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345388-25/З-117, 346824-25/З-117 від 29.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345388-25/З-117, 346824-25/З-117 від 29.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345388-25/З-117, 346824-25/З-117 від 29.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **345388-25/З-117, 346824-25/З-117 від 29.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347756-25/3-116 від 07.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; таблетки, вкриті оболонкою, по 1000 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347756-25/3-116 від 07.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; таблетки, вкриті оболонкою, по 1000 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347756-25/3-116 від 07.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; таблетки, вкриті оболонкою, по 1000 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347756-25/3-116 від 07.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; таблетки, вкриті оболонкою, по 1000 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347756-25/3-116 від 07.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; таблетки, вкриті оболонкою, по 1000 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347756-25/3-116 від 07.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; таблетки, вкриті оболонкою, по 1000 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347756-25/3-116 від 07.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; таблетки, вкриті оболонкою, по 1000 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347756-25/3-116 від 07.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; таблетки, вкриті оболонкою, по 1000 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347756-25/3-116 від 07.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТАМІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 850 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, по 6 або по 10 блістерів у картонній упаковці; таблетки, вкриті оболонкою, по 1000 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355337-26/B-61 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355337-26/B-61 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355337-26/B-61 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТФОРМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350917-25/B-97 від 29.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІГРЕНЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350917-25/B-97 від 29.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІГРЕНЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350917-25/B-97 від 29.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІГРЕНЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350917-25/B-97 від 29.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІГРЕНЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350917-25/B-97 від 29.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІГРЕНЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350917-25/B-97 від 29.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІГРЕНЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349493-25/3-60 від 05.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІДРІМАКС, краплі очні, розчин по 5 мл у флаконі-крапельниці або флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349493-25/3-60 від 05.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІДРІМАКС, краплі очні, розчин по 5 мл у флаконі-крапельниці або флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349493-25/3-60 від 05.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІДРІМАКС, краплі очні, розчин по 5 мл у флаконі-крапельниці або флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347326-25/З-39 від 30.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІЗОСТОЛ, таблетки по 200 мкг, по 1 таблетці або по 10 таблеток у блістері, по 10 блістерів (1х10) або по 1 блістеру (10х1) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347326-25/3-39 від 30.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІЗОСТОЛ, таблетки по 200 мкг, по 1 таблетці або по 10 таблеток у блістері, по 10 блістерів (1х10) або по 1 блістеру (10х1) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347326-25/З-39 від 30.10.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІЗОСТОЛ, таблетки по 200 мкг, по 1 таблетці або по 10 таблеток у блістері, по 10 блістерів (1х10) або по 1 блістеру (10х1) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349350-25/3-138 від 04.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОВІФЛЕКС® ДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; 6 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349350-25/3-138 від 04.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОВІФЛЕКС® ДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; 6 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349350-25/3-138 від 04.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОВІФЛЕКС® ДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; 6 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356526-26/B-60 від 13.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356526-26/B-60 від 13.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356526-26/B-60 від 13.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **329122-24/B-45 від 30.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **MOMETIC, Спрей назальний, дозований, 50 мкг/дозу, по 10 г (60 доз) або 18 г (140 доз) у поліетиленовому флаконі з насосом-дозатором та насадкою-розпилювачем із захисним ковпачком, по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **329122-24/B-45 від 30.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **MOMETIC, Спрей назальний, дозований, 50 мкг/дозу, по 10 г (60 доз) або 18 г (140 доз) у поліетиленовому флаконі з насосом-дозатором та насадкою-розпилювачем із захисним ковпачком, по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **329122-24/B-45 від 30.12.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **MOMETIC, Спрей назальний, дозований, 50 мкг/дозу, по 10 г (60 доз) або 18 г (140 доз) у поліетиленовому флаконі з насосом-дозатором та насадкою-розпилювачем із захисним ковпачком, по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350686-25/B-152 від 24.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МУЧНИЦІ ЛИСТЯ, листя; по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 2 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці. Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350686-25/B-152 від 24.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МУЧНИЦІ ЛИСТЯ, листя; по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 2 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці. Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350686-25/B-152 від 24.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МУЧНИЦІ ЛИСТЯ, листя; по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 2 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці. Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354933-26/B-146, 354934-26/B-146 від 20.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАЛБУФІН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл або по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354933-26/B-146, 354934-26/B-146 від 20.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАЛБУФІН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл або по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354933-26/B-146, 354934-26/B-146 від 20.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАЛБУФІН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл або по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356758-26/B-145 від 17.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАТРІЮ ГІДРОКАРБОНАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових або поліпропіленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Фарма Старт", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356758-26/B-145 від 17.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАТРІЮ ГІДРОКАРБОНАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових або поліпропіленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Фарма Старт", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356758-26/B-145 від 17.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАТРІЮ ГІДРОКАРБОНАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових або поліпропіленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Фарма Старт", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352482-26/B-61 від 10.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИФІН, розчин нашкірний, 10 мг/мл по 20 мл у флаконі, укупореному пробкою-крапельницею та закритому кришкою; по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352482-26/B-61 від 10.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИФІН, розчин нашкірний, 10 мг/мл по 20 мл у флаконі, укупореному пробкою-крапельницею та закритому кришкою; по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352482-26/B-61 від 10.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИФІН, розчин нашкірний, 10 мг/мл по 20 мл у флаконі, укупореному пробкою-крапельницею та закритому кришкою; по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348030-25/3-140 від 13.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕКСАВАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг по 28 таблеток у блістері, по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348030-25/3-140 від 13.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕКСАВАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг по 28 таблеток у блістері, по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348030-25/3-140 від 13.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕКСАВАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг по 28 таблеток у блістері, по 4 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350466-25/B-28 від 18.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІТРОФУРАЛ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350466-25/B-28 від 18.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІТРОФУРАЛ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350466-25/B-28 від 18.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІТРОФУРАЛ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351698-26/3-138, 352636-26/3-138, 352641-26/3-138, 352642-26/3-138 від 11.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОМІГРЕН БОСНАЛЕК®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у тубі, по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснія і Герцеговина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351698-26/3-138, 352636-26/3-138, 352641-26/3-138, 352642-26/3-138 від 11.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОМІГРЕН БОСНАЛЕК®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у тубі, по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснія і Герцеговина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351698-26/3-138, 352636-26/3-138, 352641-26/3-138, 352642-26/3-138 від 11.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОМІГРЕН БОСНАЛЕК®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у тубі, по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснія і Герцеговина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348094-25/3-130 від 14.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ, Суспензія оральна з полуничним смаком, 200 мг/5 мл**<br>**По 100 мл або 150 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348094-25/3-130 від 14.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ, Суспензія оральна з полуничним смаком, 200 мг/5 мл**<br>**По 100 мл або 150 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348094-25/3-130 від 14.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ, Суспензія оральна з полуничним смаком, 200 мг/5 мл**<br>**По 100 мл або 150 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348398-25/3-82 від 20.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ, суспензія оральна з апельсиновим смаком, 200 мг/5 мл, по 100 мл або 150 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348398-25/3-82 від 20.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ, суспензія оральна з апельсиновим смаком, 200 мг/5 мл, по 100 мл або 150 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348398-25/3-82 від 20.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ ФОРТЕ, суспензія оральна з апельсиновим смаком, 200 мг/5 мл, по 100 мл або 150 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348585-25/B-96, 348586-25/B-96, 348587-25/B-96, 348588-25/B-96 від 25.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКОМІКС®, краплі очні, суспензія по 7,5 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348585-25/B-96, 348586-25/B-96, 348587-25/B-96, 348588-25/B-96 від 25.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКОМІКС®, краплі очні, суспензія по 7,5 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348585-25/B-96, 348586-25/B-96, 348587-25/B-96, 348588-25/B-96 від 25.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКОМІКС®, краплі очні, суспензія по 7,5 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354191-26/B-137 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСАЛІПЛАТИН-ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 10 мл (50 мг) або 20 мл (100 мг), або 40 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354191-26/B-137 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСАЛІПЛАТИН-ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 10 мл (50 мг) або 20 мл (100 мг), або 40 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354191-26/B-137 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСАЛІПЛАТИН-ВІСТА, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 10 мл (50 мг) або 20 мл (100 мг), або 40 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343268-25/З-139 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСОЛ, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 25 мл або 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343268-25/3-139 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСОЛ, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 25 мл або 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343268-25/3-139 від 20.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСОЛ, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 25 мл або 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349625-25/B-96 від 08.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТОТОН®, краплі вушні по 16 г у флаконі; по 1 флакону разом з крапельницею у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349625-25/B-96 від 08.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТОТОН®, краплі вушні по 16 г у флаконі; по 1 флакону разом з крапельницею у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349625-25/B-96 від 08.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТОТОН®, краплі вушні по 16 г у флаконі; по 1 флакону разом з крапельницею у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340151-25/3-124, 340152-25/3-124, 340153-25/3-124, 340154-25/3-124, 340155-25/3-124, 340156-25/3-124, 340157-25/3-124, 340158-25/3-124, 340159-25/3-124, 340160-25/3-124, 340161-25/3-124, 340162-25/3-124, 340163-25/3-124, 340164-25/3-124, 340165-25/3-124, 340166-25/3-124, 340473-25/3-130, 340476-25/3-130, 340477-25/3-130, 340478-25/3-130, 340480-25/3-130, 340481-25/3-130, 340485-25/3-130 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг; по 30 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340151-25/3-124, 340152-25/3-124, 340153-25/3-124, 340154-25/3-124, 340155-25/3-124, 340156-25/3-124, 340157-25/3-124, 340158-25/3-124, 340159-25/3-124, 340160-25/3-124, 340161-25/3-124, 340162-25/3-124, 340163-25/3-124, 340164-25/3-124, 340165-25/3-124, 340166-25/3-124, 340473-25/3-130, 340476-25/3-130, 340477-25/3-130, 340478-25/3-130, 340480-25/3-130, 340481-25/3-130, 340485-25/3-130 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг; по 30 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340151-25/3-124, 340152-25/3-124, 340153-25/3-124, 340154-25/3-124, 340155-25/3-124, 340156-25/3-124, 340157-25/3-124, 340158-25/3-124, 340159-25/3-124, 340160-25/3-124, 340161-25/3-124, 340162-25/3-124, 340163-25/3-124, 340164-25/3-124, 340165-25/3-124, 340166-25/3-124, 340473-25/3-130, 340476-25/3-130, 340477-25/3-130, 340478-25/3-130, 340480-25/3-130, 340481-25/3-130, 340485-25/3-130 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг; по 30 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340151-25/3-124, 340152-25/3-124, 340153-25/3-124, 340154-25/3-124, 340155-25/3-124, 340156-25/3-124, 340157-25/3-124, 340158-25/3-124, 340159-25/3-124, 340160-25/3-124, 340161-25/3-124, 340162-25/3-124, 340163-25/3-124, 340164-25/3-124, 340165-25/3-124, 340166-25/3-124, 340473-25/3-130, 340476-25/3-130, 340477-25/3-130, 340478-25/3-130, 340480-25/3-130, 340481-25/3-130, 340485-25/3-130 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг; по 30 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340151-25/3-124, 340152-25/3-124, 340153-25/3-124, 340154-25/3-124, 340155-25/3-124, 340156-25/3-124, 340157-25/3-124, 340158-25/3-124, 340159-25/3-124, 340160-25/3-124, 340161-25/3-124, 340162-25/3-124, 340163-25/3-124, 340164-25/3-124, 340165-25/3-124, 340166-25/3-124, 340473-25/3-130, 340476-25/3-130, 340477-25/3-130, 340478-25/3-130, 340480-25/3-130, 340481-25/3-130, 340485-25/3-130 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг; по 30 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340151-25/3-124, 340152-25/3-124, 340153-25/3-124, 340154-25/3-124, 340155-25/3-124, 340156-25/3-124, 340157-25/3-124, 340158-25/3-124, 340159-25/3-124, 340160-25/3-124, 340161-25/3-124, 340162-25/3-124, 340163-25/3-124, 340164-25/3-124, 340165-25/3-124, 340166-25/3-124, 340473-25/3-130, 340476-25/3-130, 340477-25/3-130, 340478-25/3-130, 340480-25/3-130, 340481-25/3-130, 340485-25/3-130 від 26.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг; по 30 мг; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355329-26/B-96 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНТОПРАЗОЛ НАТРІЮ СЕСКВІГІДРАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355329-26/B-96 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНТОПРАЗОЛ НАТРІЮ СЕСКВІГІДРАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355329-26/B-96 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНТОПРАЗОЛ НАТРІЮ СЕСКВІГІДРАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350696-25/3-45 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНТОПРОТЕКТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг, по 40 мг ліофілізату у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350696-25/3-45 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНТОПРОТЕКТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг, по 40 мг ліофілізату у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350696-25/3-45 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНТОПРОТЕКТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг, по 40 мг ліофілізату у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356735-26/B-96 від 17.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАЦЕТАМОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Фарма Старт", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356735-26/B-96 від 17.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАЦЕТАМОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Фарма Старт", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356735-26/B-96 від 17.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАЦЕТАМОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Фарма Старт", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340341-25/3-132 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАСКАЛЬ ГІДРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/12,5 мг, або по 20 мг/25 мг, або по 40 мг/12,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340341-25/3-132 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАСКАЛЬ ГІДРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/12,5 мг, або по 20 мг/25 мг, або по 40 мг/12,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340341-25/3-132 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАСКАЛЬ ГІДРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/12,5 мг, або по 20 мг/25 мг, або по 40 мг/12,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340341-25/3-132 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАСКАЛЬ ГІДРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/12,5 мг, або по 20 мг/25 мг, або по 40 мг/12,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340341-25/3-132 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАСКАЛЬ ГІДРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/12,5 мг, або по 20 мг/25 мг, або по 40 мг/12,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340341-25/3-132 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАСКАЛЬ ГІДРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/12,5 мг, або по 20 мг/25 мг, або по 40 мг/12,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340341-25/3-132 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАСКАЛЬ ГІДРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/12,5 мг, або по 20 мг/25 мг, або по 40 мг/12,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340341-25/3-132 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАСКАЛЬ ГІДРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/12,5 мг, або по 20 мг/25 мг, або по 40 мг/12,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340341-25/3-132 від 01.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАСКАЛЬ ГІДРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг/12,5 мг, або по 20 мг/25 мг, або по 40 мг/12,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350324-25/3-123 від 16.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАКСИМ® ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ПОЛІОМІЄЛІТУ ІНАКТИВОВАНА ТА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ HAEMOPHILUS ТИПУ В КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, порошок Haemophilus influenzae типу b та суспензія для ін'єкцій (0,5 мл); по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл) з прикріпленою голкою (або 2 окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій, в картонній коробці; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл) з прикріпленою голкою (або 2 окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій, в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці (з інструкцією для медичного застосування). Маркуванням українською мовою або зі стікером українською мовою** |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |

| | | |
|---|---|---|
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350324-25/3-123 від 16.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАКСИМ® ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ПОЛІОМІЄЛІТУ ІНАКТИВОВАНА ТА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ HAEMOPHILUS ТИПУ В КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, порошок Haemophilus influenzae типу b та суспензія для ін'єкцій (0,5 мл); по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл) з прикріпленою голкою (або 2 окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій, в картонній коробці; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл) з прикріпленою голкою (або 2 окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій, в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці (з інструкцією для медичного застосування). Маркуванням українською мовою або зі стікером українською мовою** |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| Прийнято | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

| | | |
|---|---|---|
| співробітником ВЛ УДЗД | | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350324-25/3-123 від 16.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАКСИМ® ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ПОЛІОМІЄЛІТУ ІНАКТИВОВАНА ТА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ HAEMOPHILUS ТИПУ В КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, порошок Haemophilus influenzae типу b та суспензія для ін'єкцій (0,5 мл); по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл) з прикріпленою голкою (або 2 окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій, в картонній коробці; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл) з прикріпленою голкою (або 2 окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій, в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці (з інструкцією для медичного застосування). Маркуванням українською мовою або зі стікером українською мовою** |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350278-25/B-97, 350279-25/B-97 від 16.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРТУСИН, сироп, по 100 г у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками, по 1 флакону у пачці з картону; по 100 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками, по 1 флакону у пачці з картону; по 100 г у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками; по 100 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками; по 200 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками з насадкою або без насадки, по 1 флакону у пачці з картону; по 200 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками з насадкою або без насадки** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350278-25/B-97, 350279-25/B-97 від 16.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРТУСИН, сироп, по 100 г у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками, по 1 флакону у пачці з картону; по 100 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками, по 1 флакону у пачці з картону; по 100 г у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками; по 100 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками; по 200 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками з насадкою або без насадки, по 1 флакону у пачці з картону; по 200 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками з насадкою або без насадки** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350278-25/B-97, 350279-25/B-97 від 16.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРТУСИН, сироп, по 100 г у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками, по 1 флакону у пачці з картону; по 100 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками, по 1 флакону у пачці з картону; по 100 г у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками; по 100 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками; по 200 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками з насадкою або без насадки, по 1 флакону у пачці з картону; по 200 г у флаконах полімерних в комплекті з кришками з насадкою або без насадки** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341143-25/B-06 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІКОМАГ®, капсули м'які по 7,5 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341143-25/B-06 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІКОМАГ®, капсули м'які по 7,5 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341143-25/B-06 від 14.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІКОМАГ®, капсули м'які по 7,5 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337008-25/3-06 від 30.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІПЕРАЦИЛІН+ТАЗОБАКТАМ, порошок для розчину для інфузій по 4,5 г; 1 флакон з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337008-25/3-06 від 30.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІПЕРАЦИЛІН+ТАЗОБАКТАМ, порошок для розчину для інфузій по 4,5 г; 1 флакон з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337008-25/3-06 від 30.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІПЕРАЦИЛІН+ТАЗОБАКТАМ, порошок для розчину для інфузій по 4,5 г; 1 флакон з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337008-25/3-06 від 30.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІПЕРАЦИЛІН+ТАЗОБАКТАМ, порошок для розчину для інфузій по 4,5 г; 1 флакон з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337008-25/3-06 від 30.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІПЕРАЦИЛІН+ТАЗОБАКТАМ, порошок для розчину для інфузій по 4,5 г; 1 флакон з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337008-25/3-06 від 30.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІПЕРАЦИЛІН+ТАЗОБАКТАМ, порошок для розчину для інфузій по 4,5 г; 1 флакон з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341464-25/B-97 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, 120 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341464-25/B-97 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, 120 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341464-25/B-97 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, 120 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343128-25/B-118 від 19.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг та по 120 мг по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343128-25/B-118 від 19.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг та по 120 мг по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343128-25/B-118 від 19.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг та по 120 мг по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341464-25/B-97 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, 120 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341464-25/B-97 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, 120 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341464-25/B-97 від 18.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, 120 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343128-25/B-118 від 19.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг та по 120 мг по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343128-25/B-118 від 19.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг та по 120 мг по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **343128-25/B-118 від 19.08.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОДАГРАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг та по 120 мг по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336749-25/3-82 від 24.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛАПРИЛ ІНДА, капсули, тверді по 5/1,25 мг, по 5/2,5 мг, по 10/1,25 мг та по 10/2,5 мг, по 14 капсул у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333877-25/3-140 від 12.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛІДЕКСА З ФЕНІЛЕФРИНОМ, Спрей назальний, розчин по 15 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333877-25/3-140 від 12.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛІДЕКСА З ФЕНІЛЕФРИНОМ, Спрей назальний, розчин по 15 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **333877-25/3-140 від 12.03.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛІДЕКСА З ФЕНІЛЕФРИНОМ, Спрей назальний, розчин по 15 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці<br>капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці<br>капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці<br>капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці<br>капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці<br>капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці<br>капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348296-25/3-126 від 18.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**<br>**капсули по 75 мг, по 150 мг або по 300 мг; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351200-26/3-60, 351208-26/3-60 від 01.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРЕГАБАЛІН, капсули по 75 мг; капсули по 150 мг; капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці або по 7 капсулах у блістері, по 2 блістери у картонні коробці; in bulk: по 5000 капсул у поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339922-25/З-100, 339923-25/З-100, 339924-25/З-100, 339925-25/З-100, 339926-25/З-100, 339927-25/З-100, 339928-25/З-100 від 25.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРІОРИКС™ / PRIORIX™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; 1 монодозовий флакон (1 доза) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) у попередньо наповненому шприці та двома голками в картонній коробці; 100 монодозових (1 доза) флаконів з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулах № 100 в окремій упаковці; 1 мультидозовий флакон (2 дози) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулі; по 100 штук флаконів та ампул в окремих коробках** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339922-25/З-100, 339923-25/З-100, 339924-25/З-100, 339925-25/З-100, 339926-25/З-100, 339927-25/З-100, 339928-25/З-100 від 25.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРІОРИКС™ / PRIORIX™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; 1 монодозовий флакон (1 доза) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) у попередньо наповненому шприці та двома голками в картонній коробці; 100 монодозових (1 доза) флаконів з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулах № 100 в окремій упаковці; 1 мультидозовий флакон (2 дози) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулі; по 100 штук флаконів та ампул в окремих коробках** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339922-25/З-100, 339923-25/З-100, 339924-25/З-100, 339925-25/З-100, 339926-25/З-100, 339927-25/З-100, 339928-25/З-100 від 25.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРІОРИКС™ / PRIORIX™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; 1 монодозовий флакон (1 доза) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) у попередньо наповненому шприці та двома голками в картонній коробці; 100 монодозових (1 доза) флаконів з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулах № 100 в окремій упаковці; 1 мультидозовий флакон (2 дози) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулі; по 100 штук флаконів та ампул в окремих коробках** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339824-25/3-100, 339825-25/3-100, 339826-25/3-100, 339827-25/3-100, 339828-25/3-100, 339829-25/3-100, 339830-25/3-100 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРІОРИКС-ТЕТРА КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ, КРАСНУХИ ТА ВІТРЯНОЇ ВІСПИ, ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, ліофілізований порошок для ін'єкцій; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому шприці (у комплекті з двома голками або без голок) або у ампулах у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому шприці у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 0,5 мл (1 доза) в ампулі у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| Прийнято оператором ВСО | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |

| | | |
|---|---|---|
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339824-25/3-100, 339825-25/3-100, 339826-25/3-100, 339827-25/3-100, 339828-25/3-100, 339829-25/3-100, 339830-25/3-100 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРІОРИКС-ТЕТРА КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ, КРАСНУХИ ТА ВІТРЯНОЇ ВІСПИ, ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, ліофілізований порошок для ін'єкцій; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому шприці (у комплекті з двома голками або без голок) або у ампулах у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому шприці у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 0,5 мл (1 доза) в ампулі у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| Прийнято | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

| | | |
|---|---|---|
| співробітником ВЛ УДЗД | | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339824-25/3-100, 339825-25/3-100, 339826-25/3-100, 339827-25/3-100, 339828-25/3-100, 339829-25/3-100, 339830-25/3-100 від 24.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРІОРИКС-ТЕТРА КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ, КРАСНУХИ ТА ВІТРЯНОЇ ВІСПИ, ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, ліофілізований порошок для ін'єкцій; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому шприці (у комплекті з двома голками або без голок) або у ампулах у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому шприці у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 0,5 мл (1 доза) в ампулі у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350467-25/B-28 від 18.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОГЕСТЕРОН, кристалічний, мікронізований порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350467-25/B-28 від 18.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОГЕСТЕРОН, кристалічний, мікронізований порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350467-25/B-28 від 18.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОГЕСТЕРОН, кристалічний, мікронізований порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355428-26/B-139 від 27.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі, по 5 ампул в касеті, по 1 касеті в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355428-26/B-139 від 27.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі, по 5 ампул в касеті, по 1 касеті в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355428-26/B-139 від 27.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі, по 5 ампул в касеті, по 1 касеті в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354812-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОКТО-ГЛІВЕНОЛ, супозиторії ректальні по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354812-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОКТО-ГЛІВЕНОЛ, супозиторії ректальні по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354812-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОКТО-ГЛІВЕНОЛ, супозиторії ректальні по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354816-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОКТО-ГЛІВЕНОЛ, Крем ректальний по 30 г крему у тубі; по 1 тубі у комплекті з насадкою у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354816-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОКТО-ГЛІВЕНОЛ, Крем ректальний по 30 г крему у тубі; по 1 тубі у комплекті з насадкою у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354816-26/3-130 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОКТО-ГЛІВЕНОЛ, Крем ректальний по 30 г крему у тубі; по 1 тубі у комплекті з насадкою у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352748-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл та 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352748-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл та 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352748-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл та 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352748-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл та 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352748-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл та 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352748-26/3-152 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл та 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352804-26/3-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза; по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці; порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза; по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352804-26/3-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза; по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці; порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза; по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352804-26/3-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза; по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці; порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза; по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352804-26/3-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза; по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці; порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза; по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352804-26/3-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза; по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці; порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза; по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352804-26/3-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза; по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці; порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза; по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354570-26/3-147 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМОЛОР®, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354570-26/3-147 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМОЛОР®, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354570-26/3-147 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМОЛОР®, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354570-26/3-147 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМОЛОР®, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354570-26/3-147 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМОЛОР®, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354570-26/3-147 від 17.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУЛЬМОЛОР®, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350755-25/B-88 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУСТИРНИКА ТРАВА, трава по 50 г або по 100 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350755-25/B-88 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУСТИРНИКА ТРАВА, трава по 50 г або по 100 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350755-25/B-88 від 25.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУСТИРНИКА ТРАВА, трава по 50 г або по 100 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці** |
| **Заявник** | **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324617-24/3-45 від 28.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАНКАРД, таблетки пролонгованої дії, по 500 мг або по 750 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324617-24/3-45 від 28.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАНКАРД, таблетки пролонгованої дії, по 500 мг або по 750 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324617-24/3-45 від 28.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАНКАРД, таблетки пролонгованої дії, по 500 мг або по 750 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324617-24/3-45 від 28.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАНКАРД, таблетки пролонгованої дії, по 500 мг або по 750 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324617-24/3-45 від 28.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАНКАРД, таблетки пролонгованої дії, по 500 мг або по 750 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **324617-24/3-45 від 28.10.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАНКАРД, таблетки пролонгованої дії, по 500 мг або по 750 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351651-26/B-144, 351652-26/B-144, 351653-26/B-144 від 20.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОФРИН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 0,4 мг/1,7 мл; по 1,7 мл у карпулах; по 10 карпул у блістері; по 1 або по 5 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351651-26/B-144, 351652-26/B-144, 351653-26/B-144 від 20.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОФРИН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 0,4 мг/1,7 мл; по 1,7 мл у карпулах; по 10 карпул у блістері; по 1 або по 5 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351651-26/B-144, 351652-26/B-144, 351653-26/B-144 від 20.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОФРИН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін'єкцій, 0,4 мг/1,7 мл; по 1,7 мл у карпулах; по 10 карпул у блістері; по 1 або по 5 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338141-25/B-61, 338142-25/B-61, 338143-25/B-61, 338144-25/B-61, 338145-25/B-61, 338146-25/B-61, 338147-25/B-61, 338148-25/B-61, 338149-25/B-61, 338150-25/B-61, 338151-25/B-61, 338152-25/B-61, 338153-25/B-61, 338154-25/B-61, 338155-25/B-61, 338156-25/B-61, 338157-25/B-61, 338158-25/B-61, 338159-25/B-61, 338160-25/B-61, 338161-25/B-61, 338162-25/B-61, 338163-25/B-61, 338164-25/B-61, 348576-25/B-61, 349747-25/B-61, 349748-25/B-61, 349750-25/B-61, 349751-25/B-61, 351116-25/B-61 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕОСОРБІЛАКТ®, розчин для інфузій по 200 мл або 400 мл у пляшках скляних; по 200 мл або 400 мл у пляшці скляній; по 1 пляшці в пачці; по 200 мл та 400 мл в пляшках полімерних** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338141-25/B-61, 338142-25/B-61, 338143-25/B-61, 338144-25/B-61, 338145-25/B-61, 338146-25/B-61, 338147-25/B-61, 338148-25/B-61, 338149-25/B-61, 338150-25/B-61, 338151-25/B-61, 338152-25/B-61, 338153-25/B-61, 338154-25/B-61, 338155-25/B-61, 338156-25/B-61, 338157-25/B-61, 338158-25/B-61, 338159-25/B-61, 338160-25/B-61, 338161-25/B-61, 338162-25/B-61, 338163-25/B-61, 338164-25/B-61, 348576-25/B-61, 349747-25/B-61, 349748-25/B-61, 349750-25/B-61, 349751-25/B-61, 351116-25/B-61 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕОСОРБІЛАКТ®, розчин для інфузій по 200 мл або 400 мл у пляшках скляних; по 200 мл або 400 мл у пляшці скляній; по 1 пляшці в пачці; по 200 мл та 400 мл в пляшках полімерних** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **338141-25/B-61, 338142-25/B-61, 338143-25/B-61, 338144-25/B-61, 338145-25/B-61, 338146-25/B-61, 338147-25/B-61, 338148-25/B-61, 338149-25/B-61, 338150-25/B-61, 338151-25/B-61, 338152-25/B-61, 338153-25/B-61, 338154-25/B-61, 338155-25/B-61, 338156-25/B-61, 338157-25/B-61, 338158-25/B-61, 338159-25/B-61, 338160-25/B-61, 338161-25/B-61, 338162-25/B-61, 338163-25/B-61, 338164-25/B-61, 348576-25/B-61, 349747-25/B-61, 349748-25/B-61, 349750-25/B-61, 349751-25/B-61, 351116-25/B-61 від 22.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕОСОРБІЛАКТ®, розчин для інфузій по 200 мл або 400 мл у пляшках скляних; по 200 мл або 400 мл у пляшці скляній; по 1 пляшці в пачці; по 200 мл та 400 мл в пляшках полімерних** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355355-26/B-145 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОПІВАКАЇНУ ГІДРОХЛОРИД МОНОГІДРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355355-26/B-145 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОПІВАКАЇНУ ГІДРОХЛОРИД МОНОГІДРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355355-26/B-145 від 26.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОПІВАКАЇНУ ГІДРОХЛОРИД МОНОГІДРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354546-26/B-120 від 16.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РУТИН, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354546-26/B-120 від 16.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РУТИН, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354546-26/B-120 від 16.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РУТИН, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342018-25/B-147, 355970-26/B-147 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕКНІДОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1,0 г; по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342018-25/B-147, 355970-26/B-147 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕКНІДОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1,0 г; по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342018-25/B-147, 355970-26/B-147 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕКНІДОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1,0 г; по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342018-25/B-147, 355970-26/B-147 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕКНІДОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1,0 г; по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342018-25/B-147, 355970-26/B-147 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕКНІДОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1,0 г; по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **342018-25/B-147, 355970-26/B-147 від 29.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕКНІДОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1,0 г; по 2 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340644-25/3-100 від 07.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНФЛОРИКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПНЕВМОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ (ПОЛІСАХАРИДНИЙ АНТИГЕН) ТА НЕТИПОВАНОЇ ГЕМОФІЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ, КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці у комплекті з однією голкою або з двома голками та без голок; 1 попередньо наповнений шприц з голкою або двома голками, або без голок у індивідуальному герметично запакованому пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнеру у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці; по 10 шприців з 10 голками або без голок у індивідуальних герметично запакованих пластикових контейнерах у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у монодозовому скляному флаконі; по 1, 10 або 100 флаконів у картонній коробці; по 2 дози (1 мл) суспензії для ін'єкцій у мультидозовому флаконі; по 100 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| оператором ВСО | | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340644-25/3-100 від 07.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНФЛОРИКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПНЕВМОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ (ПОЛІСАХАРИДНИЙ АНТИГЕН) ТА НЕТИПОВАНОЇ ГЕМОФІЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ, КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці у комплекті з однією голкою або з двома голками та без голок; 1 попередньо наповнений шприц з голкою або двома голками, або без голок у індивідуальному герметично запакованому пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнеру у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці; по 10 шприців з 10 голками або без голок у індивідуальних герметично запакованих пластикових контейнерах у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у монодозовому скляному флаконі; по 1, 10 або 100 флаконів у картонній коробці; по 2 дози (1 мл) суспензії для ін'єкцій у мультидозовому флаконі; по 100 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340644-25/3-100 від 07.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНФЛОРИКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПНЕВМОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ (ПОЛІСАХАРИДНИЙ АНТИГЕН) ТА НЕТИПОВАНОЇ ГЕМОФІЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ, КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці у комплекті з однією голкою або з двома голками та без голок; 1 попередньо наповнений шприц з голкою або двома голками, або без голок у індивідуальному герметично запакованому пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнеру у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці; по 10 шприців з 10 голками або без голок у індивідуальних герметично запакованих пластикових контейнерах у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у монодозовому скляному флаконі; по 1, 10 або 100 флаконів у картонній коробці; по 2 дози (1 мл) суспензії для ін'єкцій у мультидозовому флаконі; по 100 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято співробітником УКЕМ | (дата)<br>**__.__.2026** | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352753-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 90 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 120 МГ, розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; 90 мг /шприц; 120 мг /шприц; по 1 попередньо наповненому шприцу для одноразового використання місткістю 0,5 мл з автоматичною захисною системою, 1 голкою (1,2х20 мм) в захисному ковпачку, у багатошаровому пакетику в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352753-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 90 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 120 МГ, розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; 90 мг /шприц; 120 мг /шприц; по 1 попередньо наповненому шприцу для одноразового використання місткістю 0,5 мл з автоматичною захисною системою, 1 голкою (1,2х20 мм) в захисному ковпачку, у багатошаровому пакетику в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352753-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 90 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 120 МГ, розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; 90 мг /шприц; 120 мг /шприц; по 1 попередньо наповненому шприцу для одноразового використання місткістю 0,5 мл з автоматичною захисною системою, 1 голкою (1,2х20 мм) в захисному ковпачку, у багатошаровому пакетику в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352753-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 90 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 120 МГ, розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; 90 мг /шприц; 120 мг /шприц; по 1 попередньо наповненому шприцу для одноразового використання місткістю 0,5 мл з автоматичною захисною системою, 1 голкою (1,2х20 мм) в захисному ковпачку, у багатошаровому пакетику в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352753-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 90 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 120 МГ, розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; 90 мг /шприц; 120 мг /шприц; по 1 попередньо наповненому шприцу для одноразового використання місткістю 0,5 мл з автоматичною захисною системою, 1 голкою (1,2х20 мм) в захисному ковпачку, у багатошаровому пакетику в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352753-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 90 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 120 МГ, розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; 90 мг /шприц; 120 мг /шприц; по 1 попередньо наповненому шприцу для одноразового використання місткістю 0,5 мл з автоматичною захисною системою, 1 голкою (1,2х20 мм) в захисному ковпачку, у багатошаровому пакетику в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352753-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 90 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 120 МГ, розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; 90 мг /шприц; 120 мг /шприц; по 1 попередньо наповненому шприцу для одноразового використання місткістю 0,5 мл з автоматичною захисною системою, 1 голкою (1,2х20 мм) в захисному ковпачку, у багатошаровому пакетику в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352753-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 90 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 120 МГ, розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; 90 мг /шприц; 120 мг /шприц; по 1 попередньо наповненому шприцу для одноразового використання місткістю 0,5 мл з автоматичною захисною системою, 1 голкою (1,2х20 мм) в захисному ковпачку, у багатошаровому пакетику в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352753-26/3-146 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 90 МГ, СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 120 МГ, розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; 90 мг /шприц; 120 мг /шприц; по 1 попередньо наповненому шприцу для одноразового використання місткістю 0,5 мл з автоматичною захисною системою, 1 голкою (1,2х20 мм) в захисному ковпачку, у багатошаровому пакетику в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ІПСЕН ФАРМА, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353676-26/B-124, 353728-26/B-124 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУСПРІН®, розчин для орального застосування, 4 мг/5 мл; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірним стаканчиком в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353676-26/B-124, 353728-26/B-124 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУСПРІН®, розчин для орального застосування, 4 мг/5 мл; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірним стаканчиком в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353676-26/B-124, 353728-26/B-124 від 26.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУСПРІН®, розчин для орального застосування, 4 мг/5 мл; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірним стаканчиком в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352711-26/3-88 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352711-26/3-88 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352711-26/3-88 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352711-26/3-88 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352711-26/3-88 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352711-26/3-88 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337643-25/З-116 від 12.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАМВЕЛЕР, краплі очні 5 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ФАРМАТЕН С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337643-25/3-116 від 12.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАМВЕЛЕР, краплі очні 5 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ФАРМАТЕН С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **337643-25/3-116 від 12.05.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАМВЕЛЕР, краплі очні 5 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ФАРМАТЕН С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336197-25/З-147, 352013-26/З-147 від 17.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАМІПУЛ®, капсули; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336197-25/З-147, 352013-26/З-147 від 17.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАМІПУЛ®, капсули; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336197-25/З-147, 352013-26/З-147 від 17.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАМІПУЛ®, капсули; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340603-25/B-124, 340604-25/B-124, 340605-25/B-124, 340606-25/B-124, 340607-25/B-124, 341225-25/B-130, 341226-25/B-130, 343436-25/B-124 від 07.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАМІСТОЛ®, супозиторії по 0,015 г; по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **КНВМП "ІСНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340603-25/B-124, 340604-25/B-124, 340605-25/B-124, 340606-25/B-124, 340607-25/B-124, 341225-25/B-130, 341226-25/B-130, 343436-25/B-124 від 07.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАМІСТОЛ®, супозиторії по 0,015 г; по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **КНВМП "ІСНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **340603-25/B-124, 340604-25/B-124, 340605-25/B-124, 340606-25/B-124, 340607-25/B-124, 341225-25/B-130, 341226-25/B-130, 343436-25/B-124 від 07.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАМІСТОЛ®, супозиторії по 0,015 г; по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **КНВМП "ІСНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352331-26/3-128 від 04.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАХОКОМБ, матриця для склеювання тканин; по 1 матриці розміром 2,5 см х 3,0 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці; по 1 матриці розміром 4,8 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 2 пакети в картонній коробці; по 1 матриці розміром 9,5 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Корза Медікал ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352331-26/3-128 від 04.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАХОКОМБ, матриця для склеювання тканин; по 1 матриці розміром 2,5 см х 3,0 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці; по 1 матриці розміром 4,8 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 2 пакети в картонній коробці; по 1 матриці розміром 9,5 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Корза Медікал ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352331-26/3-128 від 04.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАХОКОМБ, матриця для склеювання тканин; по 1 матриці розміром 2,5 см х 3,0 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці; по 1 матриці розміром 4,8 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 2 пакети в картонній коробці; по 1 матриці розміром 9,5 см х 4,8 см у блістері; по 1 блістеру в пакеті; по 1 пакету в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Корза Медікал ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355973-26/3-61 від 06.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕБОКАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 20 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Др. Вільмар Швабе ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355973-26/3-61 від 06.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕБОКАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 20 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Др. Вільмар Швабе ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **355973-26/3-61 від 06.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕБОКАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 20 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Др. Вільмар Швабе ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352805-26/3-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЗПАЙР, розчин для ін’єкцій, 210 мг/1,91 мл (110 мг/мл); розчин для ін'єкцій у попередньо наповненому шприці одноразового використання із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненому шприцу одноразового використання у термоформованому блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; розчин для ін'єкцій у попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352805-26/З-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЗПАЙР, розчин для ін'єкцій, 210 мг/1,91 мл (110 мг/мл); розчин для ін'єкцій у попередньо наповненому шприці одноразового використання із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненому шприцу одноразового використання у термоформованому блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; розчин для ін'єкцій у попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352805-26/З-128 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЗПАЙР, розчин для ін’єкцій, 210 мг/1,91 мл (110 мг/мл); розчин для ін'єкцій у попередньо наповненому шприці одноразового використання із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненому шприцу одноразового використання у термоформованому блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; розчин для ін'єкцій у попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344428-25/З-116, 344429-25/З-116, 344430-25/З-116, 351578-26/З-116 від 09.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕНОЛІОФ , ліофілізат для розчину для ін'єкцій, по 20 мг; по 1 флакону з ліофілізатом та 1 ампулі з 2 мл розчинника (вода для ін'єкцій) в контурній чарунковій упаковці; по 3 контурних чарункових упаковки в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344428-25/З-116, 344429-25/З-116, 344430-25/З-116, 351578-26/З-116 від 09.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕНОЛІОФ , ліофілізат для розчину для ін'єкцій, по 20 мг; по 1 флакону з ліофілізатом та 1 ампулі з 2 мл розчинника (вода для ін'єкцій) в контурній чарунковій упаковці; по 3 контурних чарункових упаковки в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **344428-25/З-116, 344429-25/З-116, 344430-25/З-116, 351578-26/З-116 від 09.09.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕНОЛІОФ , ліофілізат для розчину для ін'єкцій, по 20 мг; по 1 флакону з ліофілізатом та 1 ампулі з 2 мл розчинника (вода для ін'єкцій) в контурній чарунковій упаковці; по 3 контурних чарункових упаковки в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352390-26/B-96, 352391-26/B-96 від 06.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИМОЛОЛ-ДАРНИЦЯ, краплі очні, розчин, 2,5 мг/мл або 5 мг/мл; по 5 мл або по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352390-26/B-96, 352391-26/B-96 від 06.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИМОЛОЛ-ДАРНИЦЯ, краплі очні, розчин, 2,5 мг/мл або 5 мг/мл; по 5 мл або по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352390-26/B-96, 352391-26/B-96 від 06.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИМОЛОЛ-ДАРНИЦЯ, краплі очні, розчин, 2,5 мг/мл або 5 мг/мл; по 5 мл або по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353165-26/B-145, 353166-26/B-145, 353167-26/B-145, 353168-26/B-145 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг;**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг;**<br>**для дозування 80 мг/12,5 мг та 160 мг/12,5 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок в пачці;**<br>**для дозування 160 мг/25 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353165-26/B-145, 353166-26/B-145, 353167-26/B-145, 353168-26/B-145 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг;**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг;**<br>**для дозування 80 мг/12,5 мг та 160 мг/12,5 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок в пачці;**<br>**для дозування 160 мг/25 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353165-26/B-145, 353166-26/B-145, 353167-26/B-145, 353168-26/B-145 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг;**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг;**<br>**для дозування 80 мг/12,5 мг та 160 мг/12,5 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок в пачці;**<br>**для дозування 160 мг/25 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УКЕМ | | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353165-26/B-145, 353166-26/B-145, 353167-26/B-145, 353168-26/B-145 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг;**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг;**<br>**для дозування 80 мг/12,5 мг та 160 мг/12,5 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок в пачці;**<br>**для дозування 160 мг/25 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353165-26/B-145, 353166-26/B-145, 353167-26/B-145, 353168-26/B-145 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг;**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг;**<br>**для дозування 80 мг/12,5 мг та 160 мг/12,5 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок в пачці;**<br>**для дозування 160 мг/25 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353165-26/B-145, 353166-26/B-145, 353167-26/B-145, 353168-26/B-145 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг;**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг;**<br>**для дозування 80 мг/12,5 мг та 160 мг/12,5 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок в пачці;**<br>**для дозування 160 мг/25 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УКЕМ | | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353165-26/B-145, 353166-26/B-145, 353167-26/B-145, 353168-26/B-145 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг;**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг;**<br>**для дозування 80 мг/12,5 мг та 160 мг/12,5 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок в пачці;**<br>**для дозування 160 мг/25 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353165-26/B-145, 353166-26/B-145, 353167-26/B-145, 353168-26/B-145 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг;**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг;**<br>**для дозування 80 мг/12,5 мг та 160 мг/12,5 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок в пачці;**<br>**для дозування 160 мг/25 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353165-26/B-145, 353166-26/B-145, 353167-26/B-145, 353168-26/B-145 від 18.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг;**<br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг;**<br>**для дозування 80 мг/12,5 мг та 160 мг/12,5 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок в пачці;**<br>**для дозування 160 мг/25 мг: по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником | **__.__.2026** | |

| | | |
|---|---|---|
| УКЕМ | | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352869-26/B-61 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОПІРАМАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352869-26/B-61 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОПІРАМАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352869-26/B-61 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОПІРАМАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354045-26/B-147 від 06.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАМАДОЛ-М, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону (для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу"); по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону (для виробників Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров'я" та Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу")** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354045-26/B-147 від 06.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАМАДОЛ-М, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону (для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу"); по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону (для виробників Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров'я" та Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу")** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354045-26/B-147 від 06.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАМАДОЛ-М, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону (для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу"); по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону (для виробників Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров'я" та Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу")** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339603-25/З-39 від 19.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАНЕМАКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339603-25/З-39 від 19.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАНЕМАКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339603-25/З-39 від 19.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАНЕМАКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353256-26/B-144 від 19.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній пачці; in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353256-26/B-144 від 19.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній пачці; in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353256-26/B-144 від 19.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній пачці; in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353256-26/B-144 від 19.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній пачці; in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353256-26/B-144 від 19.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній пачці; in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353256-26/B-144 від 19.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг, по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній пачці; in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332757-25/3-45 від 25.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТУСПАН®, краплі оральні, розчин, 5 мг/мл, по 20 мл розчину у флаконі з аплікатором-крапельницею та ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332757-25/3-45 від 25.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТУСПАН®, краплі оральні, розчин, 5 мг/мл, по 20 мл розчину у флаконі з аплікатором-крапельницею та ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **332757-25/3-45 від 25.02.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТУСПАН®, краплі оральні, розчин, 5 мг/мл, по 20 мл розчину у флаконі з аплікатором-крапельницею та ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347923-25/3-45 від 12.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРАПІДИЛ КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл, по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347923-25/3-45 від 12.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРАПІДИЛ КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл, по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **347923-25/3-45 від 12.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРАПІДИЛ КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл, по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356557-26/3-138 від 14.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРАПІДИЛ КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл, по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356557-26/3-138 від 14.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРАПІДИЛ КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл, по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **356557-26/3-138 від 14.04.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРАПІДИЛ КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій та інфузій, 5 мг/мл, по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Калцекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354690-26/3-128 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОРЕК, Капсули тверді по 8 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 3, або по 5, або по 9 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354690-26/3-128 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОРЕК, Капсули тверді по 8 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 3, або по 5, або по 9 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354690-26/3-128 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОРЕК, Капсули тверді по 8 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 3, або по 5, або по 9 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354691-26/3-128 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОРЕК, Капсули тверді по 4 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 3, або по 5, або по 9 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354691-26/3-128 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОРЕК, Капсули тверді по 4 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 3, або по 5, або по 9 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354691-26/3-128 від 19.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОРЕК, Капсули тверді по 4 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 3, або по 5, або по 9 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350617-25/З-148, 350818-25/З-148 від 23.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОФУРАГІН, таблетки, по 50 мг; по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350617-25/З-148, 350818-25/З-148 від 23.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОФУРАГІН, таблетки, по 50 мг; по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **350617-25/З-148, 350818-25/З-148 від 23.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОФУРАГІН, таблетки, по 50 мг; по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353463-26/B-61, 353464-26/B-61, 353465-26/B-61 від 24.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАРМАДОЛ® МАКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353463-26/B-61, 353464-26/B-61, 353465-26/B-61 від 24.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАРМАДОЛ® МАКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353463-26/B-61, 353464-26/B-61, 353465-26/B-61 від 24.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАРМАДОЛ® МАКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348748-25/B-117, 348749-25/B-117, 348750-25/B-117 від 26.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕМІФУЦИН, песарії по 100 мг по 3 песарії у стрипі; по 1 або 2 стрипи у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348748-25/B-117, 348749-25/B-117, 348750-25/B-117 від 26.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕМІФУЦИН, песарії по 100 мг по 3 песарії у стрипі; по 1 або 2 стрипи у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348748-25/B-117, 348749-25/B-117, 348750-25/B-117 від 26.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕМІФУЦИН, песарії по 100 мг по 3 песарії у стрипі; по 1 або 2 стрипи у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352902-26/B-97 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНАСТЕРИД, кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352902-26/B-97 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНАСТЕРИД, кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352902-26/B-97 від 16.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНАСТЕРИД, кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339200-25/З-118, 339202-25/З-118 від 11.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНМОД, капсули по 0,5 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339200-25/З-118, 339202-25/З-118 від 11.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНМОД, капсули по 0,5 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **339200-25/З-118, 339202-25/З-118 від 11.06.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНМОД, капсули по 0,5 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349533-25/B-139 від 05.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУБРІКС® СПРЕЙ, спрей оромукозний, розчин 8,75 мг/доза, по 15 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349533-25/B-139 від 05.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУБРІКС® СПРЕЙ, спрей оромукозний, розчин 8,75 мг/доза, по 15 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349533-25/B-139 від 05.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУБРІКС® СПРЕЙ, спрей оромукозний, розчин 8,75 мг/доза, по 15 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336793-25/3-100 від 25.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУІМУЦИЛ АНТИБІОТИК ІТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 3 флакона з ліофілізатом та 3 ампули з розчинником по 4 мл (вода для ін'єкцій) у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Замбон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336793-25/3-100 від 25.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУІМУЦИЛ АНТИБІОТИК ІТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 3 флакона з ліофілізатом та 3 ампули з розчинником по 4 мл (вода для ін'єкцій) у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Замбон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **336793-25/З-100 від 25.04.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУІМУЦИЛ АНТИБІОТИК ІТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 3 флакона з ліофілізатом та 3 ампули з розчинником по 4 мл (вода для ін'єкцій) у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Замбон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351840-26/B-28 від 23.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУТАМІД, кристалічний порошок (субстанція) в подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351840-26/B-28 від 23.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУТАМІД, кристалічний порошок (субстанція) в подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **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 ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351840-26/B-28 від 23.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУТАМІД, кристалічний порошок (субстанція) в подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354178-26/3-139, 354180-26/3-139, 354182-26/3-139 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФОСФОКОК, гранули для орального розчину по 3 г; по 8 г гранул у саше; по 1 або 2 саше в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354178-26/3-139, 354180-26/3-139, 354182-26/3-139 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФОСФОКОК, гранули для орального розчину по 3 г; по 8 г гранул у саше; по 1 або 2 саше в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **354178-26/3-139, 354180-26/3-139, 354182-26/3-139 від 09.03.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФОСФОКОК, гранули для орального розчину по 3 г; по 8 г гранул у саше; по 1 або 2 саше в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352720-26/3-60 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАРТИЛ®-Н, таблетки, 5 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352720-26/3-60 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАРТИЛ®-Н, таблетки, 5 мг/25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **352720-26/3-60 від 12.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАРТИЛ®-Н, таблетки, 5 мг/25 мг;<br>по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351750-26/B-120 від 22.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХОЛІНУ АЛЬФОСЦЕРАТ, в'язка рідина (субстанція) у контейнерах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351750-26/B-120 від 22.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХОЛІНУ АЛЬФОСЦЕРАТ, в'язка рідина (субстанція) у контейнерах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **351750-26/B-120 від 22.01.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХОЛІНУ АЛЬФОСЦЕРАТ, в'язка рідина (субстанція) у контейнерах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349160-25/B-144 від 01.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХОЛІСАЛ, гель для ротової порожнини, по 10 г гелю у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349160-25/B-144 від 01.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХОЛІСАЛ, гель для ротової порожнини, по 10 г гелю у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **349160-25/B-144 від 01.12.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХОЛІСАЛ, гель для ротової порожнини, по 10 г гелю у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341861-25/З-117, 341862-25/З-117 від 25.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФТАЗИДИМ-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г, по 1 г порошку у скляному флаконі закупореному бромбутиловою гумовою пробкою, яка обжата алюмінієвим ковпачком; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341861-25/З-117, 341862-25/З-117 від 25.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФТАЗИДИМ-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г, по 1 г порошку у скляному флаконі закупореному бромбутиловою гумовою пробкою, яка обжата алюмінієвим ковпачком; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **341861-25/З-117, 341862-25/З-117 від 25.07.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФТАЗИДИМ-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г, по 1 г порошку у скляному флаконі закупореному бромбутиловою гумовою пробкою, яка обжата алюмінієвим ковпачком; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314344-24/З-28 від 24.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНТРЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг або 60 мг, або 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314344-24/3-28 від 24.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНТРЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг або 60 мг, або 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314344-24/3-28 від 24.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНТРЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг або 60 мг, або 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314344-24/З-28 від 24.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНТРЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг або 60 мг, або 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314344-24/3-28 від 24.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНТРЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг або 60 мг, або 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314344-24/3-28 від 24.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНТРЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг або 60 мг, або 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314344-24/З-28 від 24.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНТРЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг або 60 мг, або 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314344-24/3-28 від 24.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНТРЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг або 60 мг, або 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **314344-24/3-28 від 24.04.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНТРЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг або 60 мг, або 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348694-25/B-145, 348695-25/B-145, 348696-25/B-145, 348697-25/B-145 від 26.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФАРМ®, краплі очні/вушні 0,3 %; по 5 або 10 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348694-25/B-145, 348695-25/B-145, 348696-25/B-145, 348697-25/B-145 від 26.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФАРМ®, краплі очні/вушні 0,3 %; по 5 або 10 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348694-25/B-145, 348695-25/B-145, 348696-25/B-145, 348697-25/B-145 від 26.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФАРМ®, краплі очні/вушні 0,3 %; по 5 або 10 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348603-25/B-61, 348604-25/B-61, 348605-25/B-61, 348606-25/B-61 від 25.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФАРМ® ДЕКС, краплі вушні, суспензія по 7,5 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348603-25/B-61, 348604-25/B-61, 348605-25/B-61, 348606-25/B-61 від 25.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФАРМ® ДЕКС, краплі вушні, суспензія по 7,5 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **348603-25/B-61, 348604-25/B-61, 348605-25/B-61, 348606-25/B-61 від 25.11.2025** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФАРМ® ДЕКС, краплі вушні, суспензія по 7,5 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Заявника)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353308-26/B-61, 353309-26/B-61, 353310-26/B-61, 353311-26/B-61 від 20.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИТРАМОН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках; по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 10 таблеток в контурній чарунковій упаковці, по 6 або 12 контурних чарункових упаковок в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника) |
| Прийнято оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353308-26/B-61, 353309-26/B-61, 353310-26/B-61, 353311-26/B-61 від 20.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИТРАМОН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках; по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 10 таблеток в контурній чарунковій упаковці, по 6 або 12 контурних чарункових упаковок в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВСО | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО) |
| Прийнято співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)**

**(примірник Центру)**

**ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **353308-26/B-61, 353309-26/B-61, 353310-26/B-61, 353311-26/B-61 від 20.02.2026** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИТРАМОН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках; по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 10 таблеток в контурній чарунковій упаковці, по 6 або 12 контурних чарункових упаковок в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **29.05.2026 р. № 708** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ УДЗД | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД) |
| Прийнято співробітником УКЕМ | **__.__.2026** | |
| | (дата) | (підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ) |