ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311649-24/В-137 від 07.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**3-ДІНІР, капсули по 300 мг;** **in bulk: по 10 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці, по 100 коробок в груповій упаковці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311649-24/В-137 від 07.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**3-ДІНІР, капсули по 300 мг; in bulk: по 10 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці, по 100 коробок в груповій упаковці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311649-24/B-137 від 07.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**3-ДІНІР, капсули по 300 мг; in bulk: по 10 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці, по 100 коробок в груповій упаковці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311650-24/3-137 від 07.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**3-ДІНІР, порошок для оральної суспензії, 250 мг/5 мл; по 1 флакону з порошком для приготування 60 мл суспензії у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311650-24/3-137 від 07.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**3-ДІНІР, порошок для оральної суспензії, 250 мг/5 мл; по 1 флакону з порошком для приготування 60 мл суспензії у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311650-24/3-137 від 07.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**3-ДІНІР, порошок для оральної суспензії, 250 мг/5 мл; по 1 флакону з порошком для приготування 60 мл суспензії у комплекті зі шприцом-дозатором у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311501-24/В-123 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**3-ДІНІР, капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311501-24/B-123 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**3-ДІНІР, капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311501-24/B-123 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**3-ДІНІР, капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313437-24/B-61 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**6-МЕТИЛУРАЦИЛ, Кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313437-24/B-61 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**6-МЕТИЛУРАЦИЛ, Кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313437-24/B-61 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**6-МЕТИЛУРАЦИЛ, Кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305895-23/В-39, 305898-23/В-39, 305902-23/В-39 від 28.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-ЦЕТ®, сироп, 2,5 мг/5 мл по 60 мл або по 100 мл у флаконах із поліетилену або скла, по 1 флакону з мірною ложкою у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305895-23/B-39, 305898-23/B-39, 305902-23/B-39 від 28.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-ЦЕТ®, сироп, 2,5 мг/5 мл по 60 мл або по 100 мл у флаконах із поліетилену або скла, по 1 флакону з мірною ложкою у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305895-23/B-39, 305898-23/B-39, 305902-23/B-39 від 28.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-ЦЕТ®, сироп, 2,5 мг/5 мл по 60 мл або по 100 мл у флаконах із поліетилену або скла, по 1 флакону з мірною ложкою у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305248-23/3-143, 305250-23/3-143, 305251-23/3-143, 305252-23/3-143, 305253-23/3-143, 305254-23/3-143, 305255-23/3-143, 305256-23/3-143, 305257-23/3-143, 305258-23/3-143, 305259-23/3-143, 305260-23/3-143, 305261-23/3-143, 305262-23/3-143, 305263-23/3-143 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕНУРІК® 80 МГ, АДЕНУРІК® 120 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305248-23/3-143, 305250-23/3-143, 305251-23/3-143, 305252-23/3-143, 305253-23/3-143, 305254-23/3-143, 305255-23/3-143, 305256-23/3-143, 305257-23/3-143, 305258-23/3-143, 305259-23/3-143, 305260-23/3-143, 305261-23/3-143, 305262-23/3-143, 305263-23/3-143 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕНУРІК® 80 МГ, АДЕНУРІК® 120 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305248-23/3-143, 305250-23/3-143, 305251-23/3-143, 305252-23/3-143, 305253-23/3-143, 305254-23/3-143, 305255-23/3-143, 305256-23/3-143, 305257-23/3-143, 305258-23/3-143, 305259-23/3-143, 305260-23/3-143, 305261-23/3-143, 305262-23/3-143, 305263-23/3-143 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕНУРІК® 80 МГ, АДЕНУРІК® 120 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305248-23/3-143, 305250-23/3-143, 305251-23/3-143, 305252-23/3-143, 305253-23/3-143, 305254-23/3-143, 305255-23/3-143, 305256-23/3-143, 305257-23/3-143, 305258-23/3-143, 305259-23/3-143, 305260-23/3-143, 305261-23/3-143, 305262-23/3-143, 305263-23/3-143 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕНУРІК® 80 МГ, АДЕНУРІК® 120 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305248-23/3-143, 305250-23/3-143, 305251-23/3-143, 305252-23/3-143, 305253-23/3-143, 305254-23/3-143, 305255-23/3-143, 305256-23/3-143, 305257-23/3-143, 305258-23/3-143, 305259-23/3-143, 305260-23/3-143, 305261-23/3-143, 305262-23/3-143, 305263-23/3-143 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕНУРІК® 80 МГ, АДЕНУРІК® 120 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305248-23/3-143, 305250-23/3-143, 305251-23/3-143, 305252-23/3-143, 305253-23/3-143, 305254-23/3-143, 305255-23/3-143, 305256-23/3-143, 305257-23/3-143, 305258-23/3-143, 305259-23/3-143, 305260-23/3-143, 305261-23/3-143, 305262-23/3-143, 305263-23/3-143 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕНУРІК® 80 МГ, АДЕНУРІК® 120 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308730-24/3-144 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЦЕТРИС®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308730-24/3-144 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЦЕТРИС®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308730-24/3-144 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЦЕТРИС®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311010-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311010-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311010-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311010-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311010-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311010-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**306166-23/В-45, 306167-23/В-45, 306168-23/В-45, 306169-23/В-45, 306170-23/В-45, 306171-23/В-45, 306172-23/В-45, 306173-23/В-45 від 04.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 3 таблетки у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306166-23/В-45, 306167-23/В-45, 306168-23/В-45, 306169-23/В-45, 306170-23/В-45, 306171-23/В-45, 306172-23/В-45, 306173-23/В-45 від 04.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 3 таблетки у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306166-23/В-45, 306167-23/В-45, 306168-23/В-45, 306169-23/В-45, 306170-23/В-45, 306171-23/В-45, 306172-23/В-45, 306173-23/В-45 від 04.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг, по 3 таблетки у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**300816-23/З-100, 308351-24/З-100 від 05.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗТЕК , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці з маркуванням українською та англійською мовами; in bulk: по 1000 таблеток у пластикових банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**300816-23/З-100, 308351-24/З-100 від 05.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗТЕК , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці з маркуванням українською та англійською мовами; in bulk: по 1000 таблеток у пластикових банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВКК)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**300816-23/З-100, 308351-24/З-100 від 05.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗТЕК , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці з маркуванням українською та англійською мовами; in bulk: по 1000 таблеток у пластикових банках**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**296226-23/3-123 від 15.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296226-23/3-123 від 15.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296226-23/3-123 від 15.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**296226-23/3-123 від 15.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296226-23/3-123 від 15.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296226-23/3-123 від 15.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**307163-23/В-132, 307164-23/В-132 від 15.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСОТИЛІН, розчин оральний, 100 мг/мл по 50 мл розчину у флаконі, по 1 флакону разом з дозувальним пристроєм в пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307163-23/В-132, 307164-23/В-132 від 15.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСОТИЛІН, розчин оральний, 100 мг/мл по 50 мл розчину у флаконі, по 1 флакону разом з дозувальним пристроєм в пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307163-23/В-132, 307164-23/В-132 від 15.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСОТИЛІН, розчин оральний, 100 мг/мл по 50 мл розчину у флаконі, по 1 флакону разом з дозувальним пристроєм в пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308272-24/B-144 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308272-24/B-144 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308272-24/B-144 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**295210-23/3-45, 310488-24/3-45 від 31.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛДІЗЕМ, таблетки по 90 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**295210-23/3-45, 310488-24/3-45 від 31.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛДІЗЕМ, таблетки по 90 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**295210-23/3-45, 310488-24/3-45 від 31.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛДІЗЕМ, таблетки по 90 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311915-24/B-132, 311916-24/B-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРГОКОРТ, мазь, 1 мг/г по 15 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311915-24/B-132, 311916-24/B-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРГОКОРТ, мазь, 1 мг/г по 15 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311915-24/B-132, 311916-24/B-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРГОКОРТ, мазь, 1 мг/г по 15 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311913-24/В-132, 311914-24/В-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРГОМАКС, краплі назальні, розчин по 15 мл у флаконі з кришкою-крапельницею зі скляною піпеткою з маркуванням українською мовою; по 1 флакону у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311913-24/B-132, 311914-24/B-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРГОМАКС, краплі назальні, розчин по 15 мл у флаконі з кришкою-крапельницею зі скляною піпеткою з маркуванням українською мовою; по 1 флакону у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311913-24/B-132, 311914-24/B-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРГОМАКС, краплі назальні, розчин по 15 мл у флаконі з кришкою-крапельницею зі скляною піпеткою з маркуванням українською мовою; по 1 флакону у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311987-24/3-61, 312320-24/3-96 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЄНДРА®, таблетки по 70 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk № 7200 (4х1800): по 4 таблетки у блістері, по 1800 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311987-24/3-61, 312320-24/3-96 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЄНДРА®, таблетки по 70 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk № 7200 (4х1800): по 4 таблетки у блістері, по 1800 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311987-24/3-61, 312320-24/3-96 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЄНДРА®, таблетки по 70 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk № 7200 (4х1800): по 4 таблетки у блістері, по 1800 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311987-24/3-61, 312320-24/3-96 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЄНДРА®, таблетки по 70 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk № 7200 (4х1800): по 4 таблетки у блістері, по 1800 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311987-24/3-61, 312320-24/3-96 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЄНДРА®, таблетки по 70 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk № 7200 (4х1800): по 4 таблетки у блістері, по 1800 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311987-24/3-61, 312320-24/3-96 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЄНДРА®, таблетки по 70 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk № 7200 (4х1800): по 4 таблетки у блістері, по 1800 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312324-24/3-61 від 19.03.2024**
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	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312324-24/3-61 від 19.03.2024**
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	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312324-24/3-61 від 19.03.2024**
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	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310991-24/B-28, 310992-24/B-28 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬТАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310991-24/B-28, 310992-24/B-28 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬТАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310991-24/B-28, 310992-24/B-28 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬТАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308595-24/В-138 від 17.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ 15, сироп, 15 мг/5 мл, по 50 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у флаконі полімерному або банці полімерній; по 1 флакону або по 1 банці разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у флаконі скляному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці; по 120 мл у флаконі полімерному або банці полімерній; по 1 флакону або по 1 банці разом з ложкою дозувальною в пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308595-24/В-138 від 17.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ 15, сироп, 15 мг/5 мл, по 50 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у флаконі полімерному або банці полімерній; по 1 флакону або по 1 банці разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у флаконі скляному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці; по 120 мл у флаконі полімерному або банці полімерній; по 1 флакону або по 1 банці разом з ложкою дозувальною в пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308595-24/В-138 від 17.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ 15, сироп, 15 мг/5 мл, по 50 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у флаконі полімерному або банці полімерній; по 1 флакону або по 1 банці разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у флаконі скляному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці; по 120 мл у флаконі полімерному або банці полімерній; по 1 флакону або по 1 банці разом з ложкою дозувальною в пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**303682-23/В-139 від 25.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ-ТЕВА, сироп, 15 мг/5 мл по 100 мл у флаконі; по 1 флакону разом із мірним стаканчиком у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**303682-23/В-139 від 25.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ-ТЕВА, сироп, 15 мг/5 мл по 100 мл у флаконі; по 1 флакону разом із мірним стаканчиком у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**303682-23/В-139 від 25.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ-ТЕВА, сироп, 15 мг/5 мл по 100 мл у флаконі; по 1 флакону разом із мірним стаканчиком у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313075-24/3-100 від 02.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОПЛАЗМАЛЬ Б.БРАУН 10% Е, розчин для інфузій; по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313075-24/3-100 від 02.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОПЛАЗМАЛЬ Б.БРАУН 10% Е, розчин для інфузій; по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313075-24/3-100 від 02.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОПЛАЗМАЛЬ Б.БРАУН 10% Е, розчин для інфузій; по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311398-24/З-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОПЛАЗМАЛЬ Б.БРАУН 10% Е, розчин для інфузій; по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311398-24/3-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОПЛАЗМАЛЬ Б.БРАУН 10% Е, розчин для інфузій; по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311398-24/З-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОПЛАЗМАЛЬ Б.БРАУН 10% Е, розчин для інфузій; по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**283182-22/З-132, 283183-22/З-132, 283184-22/З-132, 297951-23/З-132 від 28.10.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІОКОРДИН®, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці.**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**283182-22/З-132, 283183-22/З-132, 283184-22/З-132, 297951-23/З-132 від 28.10.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІОКОРДИН®, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці.**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**283182-22/З-132, 283183-22/З-132, 283184-22/З-132, 297951-23/З-132 від 28.10.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІОКОРДИН®, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці.**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**283452-22/З-138, 283454-22/З-138, 283455-22/З-138, 297988-23/З-138 від 03.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІОКОРДИН®, розчин для ін'єкцій, 150 мг/3 мл; по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**283452-22/3-138, 283454-22/3-138, 283455-22/3-138, 297988-23/3-138 від 03.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІОКОРДИН®, розчин для ін'єкцій, 150 мг/3 мл; по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**283452-22/3-138, 283454-22/3-138, 283455-22/3-138, 297988-23/3-138 від 03.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІОКОРДИН®, розчин для ін'єкцій, 150 мг/3 мл; по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311693-24/З-123 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® 2Х, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 875 мг/125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311693-24/3-123 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® 2Х, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 875 мг/125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311693-24/З-123 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® 2Х, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 875 мг/125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311762-24/3-100 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® 2Х, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 500 мг/125 мг; по 7 таблеток у блістері або стрипі; по 2 блістери або стрипи у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311762-24/3-100 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® 2Х, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 500 мг/125 мг; по 7 таблеток у блістері або стрипі; по 2 блістери або стрипи у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311762-24/3-100 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® 2Х, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 500 мг/125 мг; по 7 таблеток у блістері або стрипі; по 2 блістери або стрипи у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311735-24/3-100 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® КВІКТАБ, таблетки, що диспергуються, по 500 мг/125 мг; по 2 таблетки у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311735-24/3-100 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® КВІКТАБ, таблетки, що диспергуються, по 500 мг/125 мг; по 2 таблетки у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311735-24/3-100 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИКЛАВ® КВІКТАБ, таблетки, що диспергуються, по 500 мг/125 мг; по 2 таблетки у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277244-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПОМАЙ, капсули по 1 мг або по 2 мг або по 3 мг або по 4 мг; по 7 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці; по 21 капсулі у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310593-24/В-137 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТАРЕС®, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 15 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310593-24/B-137 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТАРЕС®, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 15 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310593-24/B-137 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТАРЕС®, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 15 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310467-24/В-28 від 16.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТИКАТАРАЛ, порошок для орального розчину по 10 пакетиків з порошком у пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310467-24/B-28 від 16.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТИКАТАРАЛ, порошок для орального розчину по 10 пакетиків з порошком у пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310467-24/B-28 від 16.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТИКАТАРАЛ, порошок для орального розчину по 10 пакетиків з порошком у пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**307830-23/З-116, 308877-24/З-116 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРГЕТТ СПРЕЙ, спрей нашкірний, розчин 4 % по 12,5 г або 25 г у флаконі з дозуючим пристроєм та захисним ковпачком; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307830-23/3-116, 308877-24/3-116 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРГЕТТ СПРЕЙ, спрей нашкірний, розчин 4 % по 12,5 г або 25 г у флаконі з дозуючим пристроєм та захисним ковпачком; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307830-23/3-116, 308877-24/3-116 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРГЕТТ СПРЕЙ, спрей нашкірний, розчин 4 % по 12,5 г або 25 г у флаконі з дозуючим пристроєм та захисним ковпачком; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**297048-23/В-116 від 28.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРГІНІНУ АСПАРТАТ , порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**297048-23/В-116 від 28.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРГІНІНУ АСПАРТАТ , порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**297048-23/В-116 від 28.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРГІНІНУ АСПАРТАТ , порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311917-24/B-132, 311918-24/B-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТИШОКА ЕКСТРАКТ-ЗДОРОВ'Я, розчин оральний, 100 мг/мл, по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з дозуючим пристроєм у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311917-24/B-132, 311918-24/B-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТИШОКА ЕКСТРАКТ-ЗДОРОВ'Я, розчин оральний, 100 мг/мл, по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з дозуючим пристроєм у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВКК)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311917-24/B-132, 311918-24/B-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТИШОКА ЕКСТРАКТ-ЗДОРОВ'Я, розчин оральний, 100 мг/мл, по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з дозуючим пристроєм у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/В-61, 311986-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/B-61, 311986-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/В-61, 311986-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/В-61, 311986-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/B-61, 311986-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/В-61, 311986-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/В-61, 311986-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/B-61, 311986-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/В-61, 311986-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/В-61, 311986-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/B-61, 311986-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311985-24/В-61, 311986-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПЕНОРМ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 10 блістерів в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; in bulk: по 1000 або 10000 таблеток у подвійних поліетиленових пакетах у пластиковому контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**296434-23/3-98 від 21.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки по 10 мг+10 мг, по 20 мг+10 мг, по 40 мг+10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296434-23/3-98 від 21.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки по 10 мг+10 мг, по 20 мг+10 мг, по 40 мг+10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296434-23/3-98 від 21.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки по 10 мг+10 мг, по 20 мг+10 мг, по 40 мг+10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**296434-23/3-98 від 21.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки по 10 мг+10 мг, по 20 мг+10 мг, по 40 мг+10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296434-23/3-98 від 21.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки по 10 мг+10 мг, по 20 мг+10 мг, по 40 мг+10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296434-23/3-98 від 21.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки по 10 мг+10 мг, по 20 мг+10 мг, по 40 мг+10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**296434-23/3-98 від 21.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки по 10 мг+10 мг, по 20 мг+10 мг, по 40 мг+10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296434-23/3-98 від 21.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки по 10 мг+10 мг, по 20 мг+10 мг, по 40 мг+10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296434-23/3-98 від 21.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки по 10 мг+10 мг, по 20 мг+10 мг, по 40 мг+10 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312050-24/B-146, 312053-24/B-146 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТРОПІНУ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 1 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312050-24/B-146, 312053-24/B-146 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТРОПІНУ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 1 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВКК)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312050-24/B-146, 312053-24/B-146 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТРОПІНУ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 1 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**306205-23/В-98 від 04.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФЛАЗИН®, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306205-23/B-98 від 04.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФЛАЗИН®, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306205-23/В-98 від 04.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФЛАЗИН®, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**307679-23/З-142, 307680-23/З-142 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФФИДА МАКС З АРГІНІНОМ, гранули для орального розчину, 400 мг; по 10 або 20, або 30, або 40 саше у картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307679-23/3-142, 307680-23/3-142 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФФИДА МАКС З АРГІНІНОМ, гранули для орального розчину, 400 мг; по 10 або 20, або 30, або 40 саше у картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307679-23/3-142, 307680-23/3-142 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФФИДА МАКС З АРГІНІНОМ, гранули для орального розчину, 400 мг; по 10 або 20, або 30, або 40 саше у картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308498-24/В-145 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦИКЛОВІР, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308498-24/B-145 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦИКЛОВІР, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308498-24/B-145 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦИКЛОВІР, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308498-24/В-145 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦИКЛОВІР, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308498-24/B-145 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦИКЛОВІР, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308498-24/B-145 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦИКЛОВІР, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305596-23/3-82 від 22.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕНЕФІКС, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО; 500 МО; 1000 МО; 2000 МО; 3000 МО; 1 флакон з ліофілізатом, 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (0,234 % розчин натрію хлориду у воді для ін'єкцій) по 5 мл, 1 адаптер для флакону, 1 систему для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлеву подушечку вкладають у картонну коробку з маркуванням українською та англійською мовами або з маркуванням англійською або іншою іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**293360-23/З-100, 293361-23/З-100, 293362-23/З-100 від 02.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРИАТЕ®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 250 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 500 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 1000 МО; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з**

	маркуванням українською мовою
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**293360-23/З-100, 293361-23/З-100, 293362-23/З-100 від 02.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРИАТЕ®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 250 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 500 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 1000 МО; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного**

	застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**293360-23/З-100, 293361-23/З-100, 293362-23/З-100 від 02.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРИАТЕ®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 250 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 500 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 1000 МО; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного**

	застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**293360-23/З-100, 293361-23/З-100, 293362-23/З-100 від 02.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРИАТЕ®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 250 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 500 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 1000 МО; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з**

	маркуванням українською мовою
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**293360-23/З-100, 293361-23/З-100, 293362-23/З-100 від 02.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРИАТЕ®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 250 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 500 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 1000 МО; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного**

	застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**293360-23/З-100, 293361-23/З-100, 293362-23/З-100 від 02.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРИАТЕ®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 250 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 500 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 1000 МО; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного**

	застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**293360-23/З-100, 293361-23/З-100, 293362-23/З-100 від 02.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРИАТЕ®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 250 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 500 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 1000 МО; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з**

	маркуванням українською мовою
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**293360-23/З-100, 293361-23/З-100, 293362-23/З-100 від 02.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРИАТЕ®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 250 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 500 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 1000 МО; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного**

	застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**293360-23/З-100, 293361-23/З-100, 293362-23/З-100 від 02.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРИАТЕ®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 250 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 500 МО; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, 1000 МО; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2,5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20") разом з інструкцією для медичного застосування в картонній коробці з маркуванням українською мовою, або по 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм ("Mix-2Vial™ 20/20"), та 1 картонною коробкою з комплектом для внутрішньовенного введення препарату (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) з контролем першого відкриття разом з інструкцією для медичного**

	застосування у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308197-24/З-145, 308198-24/З-145, 308199-24/З-145 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЛІПРИЛ® 20, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308197-24/З-145, 308198-24/З-145, 308199-24/З-145 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЛІПРИЛ® 20, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308197-24/З-145, 308198-24/З-145, 308199-24/З-145 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЛІПРИЛ® 20, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311718-24/В-45, 311719-24/В-45 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД ПЛЮС, обполіскувач для горла, концентрат, по 50 мл у флаконі зі скла, закритому кришкою; по 1 флакону зі стаканом мірним у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311718-24/B-45, 311719-24/B-45 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД ПЛЮС, обполіскувач для горла, концентрат, по 50 мл у флаконі зі скла, закритому кришкою; по 1 флакону зі стаканом мірним у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВКК)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311718-24/B-45, 311719-24/B-45 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД ПЛЮС, обполіскувач для горла, концентрат, по 50 мл у флаконі зі скла, закритому кришкою; по 1 флакону зі стаканом мірним у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311716-24/B-45, 311717-24/B-45 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД-ФАРМЕКС , песарії по 200 мг, по 7 песаріїв у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311716-24/B-45, 311717-24/B-45 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД-ФАРМЕКС , песарії по 200 мг, по 7 песаріїв**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311716-24/B-45, 311717-24/B-45 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЙОД-ФАРМЕКС , песарії по 200 мг, по 7 песаріїв**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**300420-23/В-134 від 29.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОСОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**300420-23/В-134 від 29.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОСОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**300420-23/В-134 від 29.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОСОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305889-23/В-139, 305892-23/В-139 від 28.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІФРЕН®, капсули по 250 мг; по 10 капсул у блістері;**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305889-23/В-139, 305892-23/В-139 від 28.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІФРЕН®, капсули по 250 мг; по 10 капсул у блістері;**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305889-23/В-139, 305892-23/В-139 від 28.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІФРЕН®, капсули по 250 мг; по 10 капсул у блістері;**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**304691-23/В-45 від 08.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛІС®, розчин оральний 1 мг/мл, по 100 мл у флаконі у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**304691-23/В-45 від 08.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛІС®, розчин оральний 1 мг/мл, по 100 мл у флаконі у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**304691-23/В-45 від 08.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛІС®, розчин оральний 1 мг/мл, по 100 мл у флаконі у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**306016-23/3-138 від 29.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОРТЕЗОМІБ-ВІСТА, порошок для приготування роз українською мовою) у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306016-23/З-138 від 29.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОРТЕЗОМІБ-ВІСТА, порошок для приготування роз українською мовою) у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306016-23/3-138 від 29.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОРТЕЗОМІБ-ВІСТА, порошок для приготування роз українською мовою) у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313631-24/В-145 від 10.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИМОНІДИНУ ТАРТРАТ, порошок (субстанція) в па застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313631-24/В-145 від 10.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИМОНІДИНУ ТАРТРАТ, порошок (субстанція) в па застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313631-24/В-145 від 10.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИМОНІДИНУ ТАРТРАТ, порошок (субстанція) в па застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313632-24/В-145 від 10.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИМОНІДИНУ ТАРТРАТ, порошок (субстанція) у па застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313632-24/В-145 від 10.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИМОНІДИНУ ТАРТРАТ, порошок (субстанція) у па застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313632-24/В-145 від 10.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИМОНІДИНУ ТАРТРАТ, порошок (субстанція) у па застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**288148-23/3-60, 288149-23/3-60, 288150-23/3-60, 288152-23 288156-23/3-60, 288157-23/3-60, 288158-23/3-60, 288159-23 304765-23/3-60 від 01.02.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОМГЕКСИН 4 БЕРЛІН-ХЕМІ, розчин оральний, 4 м картонній коробці**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**288148-23/3-60, 288149-23/3-60, 288150-23/3-60, 288152-23 288156-23/3-60, 288157-23/3-60, 288158-23/3-60, 288159-23 304765-23/3-60 від 01.02.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОМГЕКСИН 4 БЕРЛІН-ХЕМІ, розчин оральний, 4 м картонній коробці**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**288148-23/3-60, 288149-23/3-60, 288150-23/3-60, 288152-23 288156-23/3-60, 288157-23/3-60, 288158-23/3-60, 288159-23 304765-23/3-60 від 01.02.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОМГЕКСИН 4 БЕРЛІН-ХЕМІ, розчин оральний, 4 м картонній коробці**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**305267-23/3-61, 307617-23/3-60 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХИПРЕТ® ТП, таблетки, вкриті оболонкою по 2 таблеток в блістері; по 2 або 4 блістери у картонній кор**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305267-23/3-61, 307617-23/3-60 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХИПРЕТ® ТП, таблетки, вкриті оболонкою по 2 таблеток в блістері; по 2 або 4 блістери у картонній кор**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**305267-23/3-61, 307617-23/3-60 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХИПРЕТ® ТП, таблетки, вкриті оболонкою по 2 таблеток в блістері; по 2 або 4 блістери у картонній кор**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312068-24/В-146, 312070-24/В-146 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХОСИРОП, сироп по 100 мл або 200 мл у флакон**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312068-24/B-146, 312070-24/B-146 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХОСИРОП, сироп по 100 мл або 200 мл у флакон**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312068-24/В-146, 312070-24/В-146 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХОСИРОП, сироп по 100 мл або 200 мл у флакон**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311934-24/В-137, 311935-24/В-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПРЕКСОН-ЗН, таблетки сублінгвальні, 2 мг/0,5 мг а по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у коро**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311934-24/В-137, 311935-24/В-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПРЕКСОН-ЗН, таблетки сублінгвальні, 2 мг/0,5 мг а по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у коро**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311934-24/В-137, 311935-24/В-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПРЕКСОН-ЗН, таблетки сублінгвальні, 2 мг/0,5 мг а по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у коро**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311934-24/В-137, 311935-24/В-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПРЕКСОН-ЗН, таблетки сублінгвальні, 2 мг/0,5 мг а по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у коро**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311934-24/В-137, 311935-24/В-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПРЕКСОН-ЗН, таблетки сублінгвальні, 2 мг/0,5 мг а по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у коро**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311934-24/В-137, 311935-24/В-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПРЕКСОН-ЗН, таблетки сублінгвальні, 2 мг/0,5 мг а по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у коро**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**306273-23/3-121, 306274-23/3-121 від 05.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 д по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попер пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306273-23/3-121, 306274-23/3-121 від 05.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 д по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попер пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306273-23/3-121, 306274-23/3-121 від 05.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 д по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попер пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312570-24/3-100 від 22.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) (АДСОРБОВАНА, ін'єкцій, 0,5 мл/дозу по 1 дозі у попередньо наповненом двома голками в пластиковому контейнері; по 1 конте**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312570-24/3-100 від 22.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) (АДСОРБОВАНА, ін'єкцій, 0,5 мл/дозу по 1 дозі у попередньо наповненом двома голками в пластиковому контейнері; по 1 конте**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312570-24/3-100 від 22.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) (АДСОРБОВАНА, ін'єкцій, 0,5 мл/дозу по 1 дозі у попередньо наповненом двома голками в пластиковому контейнері; по 1 конте**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312482-24/3-121 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 д попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312482-24/3-121 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 д попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312482-24/3-121 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 д попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308330-24/B-128, 308331-24/B-128, 308333-24/B-128, 3083 11.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАБІСМО, розчин для ін'єкцій, 120 мг/мл; по 0,24 мл (упакованою в блістер у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308330-24/B-128, 308331-24/B-128, 308333-24/B-128, 3083 11.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАБІСМО, розчин для ін'єкцій, 120 мг/мл; по 0,24 мл (упакованою в блістер у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308330-24/B-128, 308331-24/B-128, 308333-24/B-128, 3083 11.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАБІСМО, розчин для ін'єкцій, 120 мг/мл; по 0,24 мл (упакованою в блістер у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311712-24/B-45, 311713-24/B-45 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕКАРД, розчин, in bulk: по 20,0 л або 50,0 л у стало**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311712-24/B-45, 311713-24/B-45 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕКАРД, розчин, in bulk: по 20,0 л або 50,0 л у стало**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311712-24/B-45, 311713-24/B-45 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕКАРД, розчин, in bulk: по 20,0 л або 50,0 л у стало**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**303461-23/В-145 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕРІАНА ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою обо блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**303461-23/В-145 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕРІАНА ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою обо блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**303461-23/В-145 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕРІАНА ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою обо блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310197-24/B-61, 310198-24/B-61 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛІДОЛ®, таблетки сублінгвальні по 0,06 г, по 10 таб таблеток у блістерах**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310197-24/B-61, 310198-24/B-61 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛІДОЛ®, таблетки сублінгвальні по 0,06 г, по 10 таб таблеток у блістерах**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310197-24/B-61, 310198-24/B-61 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛІДОЛ®, таблетки сублінгвальні по 0,06 г, по 10 таб таблеток у блістерах**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**294697-23/3-123 від 23.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛПАНАТ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**294697-23/3-123 від 23.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛПАНАТ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**294697-23/3-123 від 23.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛПАНАТ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**297764-23/3-137, 303844-23/3-137 від 14.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛПАНАТ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 28 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флак**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**297764-23/3-137, 303844-23/3-137 від 14.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛПАНАТ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 28 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флак**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**297764-23/3-137, 303844-23/3-137 від 14.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛПАНАТ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 28 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флак**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**300137-23/З-45 від 23.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНДІОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,0 і 4 зелені таблетки плацебо); по 1 або по 3 блістери (ко футляром для зберігання блістера та тижневим календ**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**300137-23/3-45 від 23.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНДІОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,0 і 4 зелені таблетки плацебо); по 1 або по 3 блістери (ко футляром для зберігання блістера та тижневим календ**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**300137-23/3-45 від 23.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНДІОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,0 і 4 зелені таблетки плацебо); по 1 або по 3 блістери (ко футляром для зберігання блістера та тижневим календ**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**298158-23/3-139, 298159-23/3-139, 298160-23/3-139, 29816 23/3-96, 309843-24/3-96, 309844-24/3-96 від 21.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНЛАКСОР®, таблетки по 37,5 мг; таблетки по 75 м**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**298158-23/3-139, 298159-23/3-139, 298160-23/3-139, 29816 23/3-96, 309843-24/3-96, 309844-24/3-96 від 21.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНЛАКСОР®, таблетки по 37,5 мг; таблетки по 75 м**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**298158-23/3-139, 298159-23/3-139, 298160-23/3-139, 29816 23/3-96, 309843-24/3-96, 309844-24/3-96 від 21.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНЛАКСОР®, таблетки по 37,5 мг; таблетки по 75 м**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**298158-23/3-139, 298159-23/3-139, 298160-23/3-139, 29816 23/3-96, 309843-24/3-96, 309844-24/3-96 від 21.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНЛАКСОР®, таблетки по 37,5 мг; таблетки по 75 м**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**298158-23/3-139, 298159-23/3-139, 298160-23/3-139, 29816 23/3-96, 309843-24/3-96, 309844-24/3-96 від 21.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНЛАКСОР®, таблетки по 37,5 мг; таблетки по 75 м**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**298158-23/3-139, 298159-23/3-139, 298160-23/3-139, 29816 23/3-96, 309843-24/3-96, 309844-24/3-96 від 21.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНЛАКСОР®, таблетки по 37,5 мг; таблетки по 75 м**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310493-24/З-146 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНТОЛІН™ ЕВОХАЛЕР™, аерозоль для інгаляцій, д картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310493-24/3-146 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНТОЛІН™ ЕВОХАЛЕР™, аерозоль для інгаляцій, д картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310493-24/З-146 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНТОЛІН™ ЕВОХАЛЕР™, аерозоль для інгаляцій, д картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**302545-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 1 а таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 1 по 4 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в карто**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**302545-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 1 а таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 1 по 4 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в карто**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**302545-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 1 а таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 1 по 4 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в карто**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**302545-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 1 а таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 1 по 4 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в карто**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**302545-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 1 а таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 1 по 4 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в карто**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**302545-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 1 а таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 1 по 4 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в карто**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**302545-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 1 а таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 1 по 4 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в карто**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**302545-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 1 а таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 1 по 4 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в карто**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**302545-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 1 а таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 1 по 4 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в карто**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**302547-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА® ODT, таблетки, що диспергуються в ротовій блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**302547-23/З-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА® ODT, таблетки, що диспергуються в ротовій блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**302547-23/3-134 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАГРА® ODT, таблетки, що диспергуються в ротовій блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Віатріс Спешелті ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**303952-23/3-60, 312614-24/3-60 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІКС АНТИГРИП КОМПЛЕКС, порошок для оральн**
Заявник	**Проктер енд Гембл Інтернешнл Оперейшнз СА, Швей**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**303952-23/3-60, 312614-24/3-60 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІКС АНТИГРИП КОМПЛЕКС, порошок для оральн**
Заявник	**Проктер енд Гембл Інтернешнл Оперейшнз СА, Швей**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**303952-23/3-60, 312614-24/3-60 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІКС АНТИГРИП КОМПЛЕКС, порошок для оральн**
Заявник	**Проктер енд Гембл Інтернешнл Оперейшнз СА, Швей**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**307992-23/З-143 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОМІКАЙНД, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл аб блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307992-23/3-143 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОМІКАЙНД, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл аб блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307992-23/3-143 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОМІКАЙНД, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл аб блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**307999-23/З-143 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОМІКАЙНД-МД 4, ВОМІКАЙНД-МД 8, таблетки, щ диспергуються в ротовій порожнині по 8 мг; по 10 табл**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307999-23/3-143 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОМІКАЙНД-МД 4, ВОМІКАЙНД-МД 8, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 8 мг; по 10 табл**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307999-23/3-143 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОМІКАЙНД-МД 4, ВОМІКАЙНД-МД 8, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 8 мг; по 10 табл**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**307999-23/З-143 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОМІКАЙНД-МД 4, ВОМІКАЙНД-МД 8, таблетки, щ диспергуються в ротовій порожнині по 8 мг; по 10 табл**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307999-23/3-143 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОМІКАЙНД-МД 4, ВОМІКАЙНД-МД 8, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 8 мг; по 10 табл**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307999-23/3-143 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОМІКАЙНД-МД 4, ВОМІКАЙНД-МД 8, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 8 мг; по 10 табл**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289224-23/3-128, 289225-23/3-128, 289226-23/3-128, 28922**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВПРІВ, порошок для розчину для інфузій, по 400 ОД; 1**
Заявник	**Такеда Фармасьютікалз Інтернешнл АГ Ірландія Брен**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289224-23/3-128, 289225-23/3-128, 289226-23/3-128, 28922**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВПРІВ, порошок для розчину для інфузій, по 400 ОД; 1**
Заявник	**Такеда Фармасьютікалз Інтернешнл АГ Ірландія Брен**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289224-23/3-128, 289225-23/3-128, 289226-23/3-128, 28922**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВПРІВ, порошок для розчину для інфузій, по 400 ОД; 1**
Заявник	**Такеда Фармасьютікалз Інтернешнл АГ Ірландія Брен**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276710-22/B-96, 279853-22/B-96, 308667-24/B-96 від 16.06**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛОПРИЛ, таблетки по 1,5 мг, по 10 таблеток у бліст**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпораці**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276710-22/B-96, 279853-22/B-96, 308667-24/B-96 від 16.06**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛОПРИЛ, таблетки по 1,5 мг, по 10 таблеток у бліст**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпораці**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276710-22/B-96, 279853-22/B-96, 308667-24/B-96 від 16.06**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛОПРИЛ, таблетки по 1,5 мг, по 10 таблеток у бліст**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпораці**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308497-24/3-145, 308601-24/3-145, 308602-24/3-145 від 15.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛСТЕНА®, таблетки; по 12 таблеток у блістері; по 1**
Заявник	**ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308497-24/3-145, 308601-24/3-145, 308602-24/3-145 від 15.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛСТЕНА®, таблетки; по 12 таблеток у блістері; по 1**
Заявник	**ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308497-24/3-145, 308601-24/3-145, 308602-24/3-145 від 15.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛСТЕНА®, таблетки; по 12 таблеток у блістері; по 1**
Заявник	**ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311775-24/В-100, 311776-24/В-100 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАСТРАЛЬ М`ЯТНА СУСПЕНЗІЯ, суспензія оральна картону; по 10 мл у саше; по 20 саше у коробці з карто**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311775-24/В-100, 311776-24/В-100 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАСТРАЛЬ М`ЯТНА СУСПЕНЗІЯ, суспензія оральна картону; по 10 мл у саше; по 20 саше у коробці з карто**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311775-24/В-100, 311776-24/В-100 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАСТРАЛЬ М`ЯТНА СУСПЕНЗІЯ, суспензія оральна картону; по 10 мл у саше; по 20 саше у коробці з карто**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307139-23/3-134 від 15.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАКСИМ® / HEXAXIM ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В РЕ ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ HAEMOPHILUS T для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо зап шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка містит застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнен картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо зап шприців в стандартно-експортній упаковці, яка містит застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флак флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка містит англійською, або іншими іноземними мовами.**
Заявник	**Санофі Пастер, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307139-23/3-134 від 15.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАКСИМ® / НЕХАХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В РЕ ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ HAEMOPHILUS T для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо зап шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка містит застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнен картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо зап шприців в стандартно-експортній упаковці, яка містит застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флак флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка містит англійською, або іншими іноземними мовами.**
Заявник	**Санофі Пастер, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307139-23/3-134 від 15.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАКСИМ® / HEXAXIM ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В РЕ ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ HAEMOPHILUS T для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо зап шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка містит застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнен картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо зап шприців в стандартно-експортній упаковці, яка містит застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флак флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка містит англійською, або іншими іноземними мовами.**
Заявник	**Санофі Пастер, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311263-24/З-143 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕЛАСПАН 4%, розчин для інфузій; по 500 мл у флак мл у мішках пластикових; по 20 мішків у картонній ко**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311263-24/3-143 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕЛАСПАН 4%, розчин для інфузій; по 500 мл у флак мл у мішках пластикових; по 20 мішків у картонній ко**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311263-24/3-143 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕЛАСПАН 4%, розчин для інфузій; по 500 мл у флак мл у мішках пластикових; по 20 мішків у картонній ко**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311300-24/З-140 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕЛОФУЗИН, розчин для інфузій; по 500 мл розчину у розчину у флаконах**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311300-24/З-140 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕЛОФУЗИН, розчин для інфузій; по 500 мл розчину у розчину у флаконах**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311300-24/З-140 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕЛОФУЗИН, розчин для інфузій; по 500 мл розчину у розчину у флаконах**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311906-24/B-39, 311907-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311906-24/B-39, 311907-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311906-24/B-39, 311907-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311906-24/B-39, 311907-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311906-24/B-39, 311907-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311906-24/B-39, 311907-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311503-24/В-123 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАМЕТІОН® , ліофілізат для розчину для ін'єкцій і розчинника по 5 мл у контурній чарунковій упаковці;**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311503-24/В-123 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАМЕТІОН® , ліофілізат для розчину для ін'єкцій р розчинника по 5 мл у контурній чарунковій упаковці;**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311503-24/В-123 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАМЕТІОН® , ліофілізат для розчину для ін'єкцій р розчинника по 5 мл у контурній чарунковій упаковці;**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311090-24/B-60 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАМЕТІОН®, таблетки кишковорозчинні, по 500 м**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311090-24/B-60 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАМЕТІОН®, таблетки кишковорозчинні, по 500 м**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311090-24/B-60 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАМЕТІОН®, таблетки кишковорозчинні, по 500 м**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304274-23/3-142, 304275-23/3-142 від 31.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПЦИНАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, к закритий алюмінієвою фольгою з поліпропіленовою кр плівковою оболонкою, з осушувачем силікагелем і пол**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304274-23/3-142, 304275-23/3-142 від 31.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПЦИНАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, закритий алюмінієвою фольгою з поліпропіленовою кр плівковою оболонкою, з осушувачем силікагелем і пол**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304274-23/3-142, 304275-23/3-142 від 31.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПЦИНАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, закритий алюмінієвою фольгою з поліпропіленовою кр плівковою оболонкою, з осушувачем силікагелем і пол**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310779-24/З-146 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІАЛГАН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/2 мл по 2 мл у фл попередньо заповненому шприці; по 1 шприцу в блісте**
Заявник	**Фідіа Фармацевтика С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310779-24/З-146 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІАЛГАН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/2 мл по 2 мл у фл попередньо заповненому шприці; по 1 шприцу в блісте**
Заявник	**Фідіа Фармацевтика С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310779-24/З-146 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІАЛГАН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/2 мл по 2 мл у фл попередньо заповненому шприці; по 1 шприцу в блісте**
Заявник	**Фідіа Фармацевтика С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251726-21/3-130 від 04.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОФЕРОЛ, капсули м'які по 0,266 мг; по 5 капсул**
Заявник	**Фаес Фарма, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251726-21/3-130 від 04.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОФЕРОЛ, капсули м'які по 0,266 мг; по 5 капсул**
Заявник	**Фаес Фарма, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251726-21/3-130 від 04.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОФЕРОЛ, капсули м'які по 0,266 мг; по 5 капсул**
Заявник	**Фаес Фарма, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310167-24/3-96 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІАТИЛІН, розчин для ін'єкцій, 1000 мг/4 мл; по 4 мл контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ІТАЛФАРМАКО С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310167-24/3-96 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІАТИЛІН, розчин для ін'єкцій, 1000 мг/4 мл; по 4 мл контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ІТАЛФАРМАКО С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310167-24/3-96 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІАТИЛІН, розчин для ін'єкцій, 1000 мг/4 мл; по 4 мл контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ІТАЛФАРМАКО С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301441-23/3-61, 301444-23/3-61, 301447-23/3-61, 301448-23 303057-23/3-60, 303058-23/3-60 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІПВІЛО, таблетки по 50 мг по 15 таблеток у блістер**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301441-23/3-61, 301444-23/3-61, 301447-23/3-61, 301448-23 303057-23/3-60, 303058-23/3-60 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІПВІЛО, таблетки по 50 мг по 15 таблеток у блістер**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301441-23/3-61, 301444-23/3-61, 301447-23/3-61, 301448-23 303057-23/3-60, 303058-23/3-60 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІПВІЛО, таблетки по 50 мг по 15 таблеток у блістер**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311462-24/B-97 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІПТАР®, таблетки по 50 мг, по 10 таблеток у блістер**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311462-24/B-97 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІПТАР®, таблетки по 50 мг, по 10 таблеток у блістер**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311462-24/B-97 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІПТАР®, таблетки по 50 мг, по 10 таблеток у блістер**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310475-24/B-60 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИН, розчин для зовнішнього застосування 85 % по 25 г у флаконах**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310475-24/B-60 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИН, розчин для зовнішнього застосування 85 %, по 25 г у флаконах**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310475-24/B-60 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИН, розчин для зовнішнього застосування 85 % по 25 г у флаконах**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305205-23/3-98 від 15.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ XR, таблетки пролонгованої дії по 500 м коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305205-23/3-98 від 15.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ XR, таблетки пролонгованої дії по 500 м коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305205-23/3-98 від 15.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ XR, таблетки пролонгованої дії по 500 м коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305207-23/3-98 від 15.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ XR, таблетки пролонгованої дії по 1000 коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305207-23/3-98 від 15.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ XR, таблетки пролонгованої дії по 1000 коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305207-23/3-98 від 15.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ XR, таблетки пролонгованої дії по 1000 коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312094-24/В-124, 312097-24/В-124 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПОЦИТРОН ФІТО, таблетки по 12,5 мг; по 10 таб блістері, по 1 блістеру у пачці з картону; таблетки по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 бліст пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312094-24/B-124, 312097-24/B-124 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПОЦИТРОН ФІТО, таблетки по 12,5 мг; по 10 таб блістері, по 1 блістеру у пачці з картону; таблетки по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 бліст пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312094-24/B-124, 312097-24/B-124 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПОЦИТРОН ФІТО, таблетки по 12,5 мг; по 10 таб блістері, по 1 блістеру у пачці з картону; таблетки по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 бліст пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312094-24/В-124, 312097-24/В-124 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПОЦИТРОН ФІТО, таблетки по 12,5 мг; по 10 таб блістері, по 1 блістеру у пачці з картону; таблетки по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 бліст пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312094-24/B-124, 312097-24/B-124 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПОЦИТРОН ФІТО, таблетки по 12,5 мг; по 10 таб блістері, по 1 блістеру у пачці з картону; таблетки по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 бліст пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312094-24/B-124, 312097-24/B-124 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПОЦИТРОН ФІТО, таблетки по 12,5 мг; по 10 таб блістері, по 1 блістеру у пачці з картону; таблетки по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 бліст пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311786-24/В-123, 311787-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПОЦИТРОН-БРОНХО, Сироп, 1,5 мг/мл; по 100 м у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311786-24/В-123, 311787-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПОЦИТРОН-БРОНХО, Сироп, 1,5 мг/мл; по 100 м у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311786-24/В-123, 311787-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПОЦИТРОН-БРОНХО, Сироп, 1,5 мг/мл; по 100 м у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311006-24/3-121 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПФЛЮ, таблетки для виробника Фламінго Фарма конверті; по 4 таблетки у стрипі, по 1 стрипу у конверт Фармасьютікалз Пвт. Лтд., Індія, по 4 таблетки у стри конверті, по 50 конвертів у картонній коробці; по 10 та**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311006-24/3-121 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПФЛЮ, таблетки для виробника Фламінго Фарма конверті; по 4 таблетки у стрипі, по 1 стрипу у конверт Фармасьютікалз Пвт. Лтд., Індія, по 4 таблетки у стри конверті, по 50 конвертів у картонній коробці; по 10 та**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311006-24/3-121 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПФЛЮ, таблетки для виробника Фламінго Фарма конверті; по 4 таблетки у стрипі, по 1 стрипу у конверт Фармасьютікалз Пвт. Лтд., Індія, по 4 таблетки у стри конверті, по 50 конвертів у картонній коробці; по 10 та**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301508-23/B-96, 307386-23/B-96 від 15.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАПОРИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301508-23/В-96, 307386-23/В-96 від 15.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАПОРИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301508-23/В-96, 307386-23/В-96 від 15.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАПОРИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301508-23/B-96, 307386-23/B-96 від 15.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАПОРИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301508-23/В-96, 307386-23/В-96 від 15.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАПОРИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301508-23/В-96, 307386-23/В-96 від 15.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАПОРИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301508-23/B-96, 307386-23/B-96 від 15.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАПОРИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301508-23/В-96, 307386-23/В-96 від 15.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАПОРИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301508-23/В-96, 307386-23/В-96 від 15.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАПОРИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310967-24/З-138 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЗОФЕМІН® 30, таблетки, вкриті плівковою оболон по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310967-24/3-138 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЗОФЕМІН® 30, таблетки, вкриті плівковою оболон по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310967-24/3-138 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЗОФЕМІН® 30, таблетки, вкриті плівковою оболон по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277937-22/В-137 від 12.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКАТИЛЕН РИНО ДУО, спрей назальний, розчин; п захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній короб**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277937-22/В-137 від 12.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКАТИЛЕН РИНО ДУО, спрей назальний, розчин; п захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній короб**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277937-22/В-137 від 12.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКАТИЛЕН РИНО ДУО, спрей назальний, розчин; п захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній короб**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277964-22/В-135 від 13.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКАТИЛЕН РИНО КІДЗ, спрей назальний, розчин; п захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній короб**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277964-22/В-135 від 13.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКАТИЛЕН РИНО КІДЗ, спрей назальний, розчин; п захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній короб**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277964-22/В-135 від 13.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКАТИЛЕН РИНО КІДЗ, спрей назальний, розчин; п захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній короб**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308109-24/З-143 від 03.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПО-МЕДРОЛ, суспензія для ін'єкцій, 40 мг/мл; по 1**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308109-24/З-143 від 03.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПО-МЕДРОЛ, суспензія для ін'єкцій, 40 мг/мл; по 1**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308109-24/З-143 від 03.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПО-МЕДРОЛ, суспензія для ін'єкцій, 40 мг/мл; по 1**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310093-24/B-100, 310094-24/B-100 від 12.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАБІН, мазь; по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з кар**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310093-24/B-100, 310094-24/B-100 від 12.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАБІН, мазь; по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з кар**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310093-24/B-100, 310094-24/B-100 від 12.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАБІН, мазь; по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з кар**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310179-24/В-123 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАБІН, мазь; по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з кар**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310179-24/В-123 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАБІН, мазь; по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з кар**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310179-24/В-123 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАБІН, мазь; по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з кар**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**287816-23/3-98 від 25.01.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**287816-23/3-98 від 25.01.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**287816-23/3-98 від 25.01.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**287816-23/3-98 від 25.01.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**287816-23/3-98 від 25.01.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**287816-23/3-98 від 25.01.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270314-21/3-135 від 20.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИЛФУМАРАТ-МІЛІ-120, ДИМЕТИЛФУМАРА по 14 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коро картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270314-21/З-135 від 20.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИЛФУМАРАТ-МІЛІ-120, ДИМЕТИЛФУМАРА по 14 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коро картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270314-21/З-135 від 20.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИЛФУМАРАТ-МІЛІ-120, ДИМЕТИЛФУМАРА по 14 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коро картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270314-21/3-135 від 20.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИЛФУМАРАТ-МІЛІ-120, ДИМЕТИЛФУМАРА по 14 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коро картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270314-21/З-135 від 20.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИЛФУМАРАТ-МІЛІ-120, ДИМЕТИЛФУМАРА по 14 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коро картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270314-21/З-135 від 20.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИЛФУМАРАТ-МІЛІ-120, ДИМЕТИЛФУМАРА по 14 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коро картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311971-24/В-128, 311972-24/В-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИНДЕН-ЗДОРОВ`Я, таблетки, вкриті оболонк з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311971-24/B-128, 311972-24/B-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИНДЕН-ЗДОРОВ`Я, таблетки, вкриті оболонк з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311971-24/B-128, 311972-24/B-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИНДЕН-ЗДОРОВ`Я, таблетки, вкриті оболонк з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311969-24/В-128, 311970-24/В-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИНДЕН-ЗДОРОВ'Я , краплі оральні, розчин, 1 та закритому кришкою; по 1 флакону у коробці з карто**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311969-24/В-128, 311970-24/В-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИНДЕН-ЗДОРОВ'Я , краплі оральні, розчин, 1 та закритому кришкою; по 1 флакону у коробці з карто**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311969-24/В-128, 311970-24/В-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИМЕТИНДЕН-ЗДОРОВ'Я , краплі оральні, розчин, 1 та закритому кришкою; по 1 флакону у коробці з карто**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309593-24/З-128, 309595-24/З-128 від 31.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИПРОСПАН®, суспензія для ін'єкцій; по 1 мл в ампу наповненому шприці; по 1 шприцу в комплекті з 1 або коробці**
Заявник	**Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309593-24/3-128, 309595-24/3-128 від 31.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИПРОСПАН®, суспензія для ін'єкцій; по 1 мл в ампу наповненому шприці; по 1 шприцу в комплекті з 1 або коробці**
Заявник	**Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309593-24/3-128, 309595-24/3-128 від 31.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИПРОСПАН®, суспензія для ін'єкцій; по 1 мл в ампу наповненому шприці; по 1 шприцу в комплекті з 1 або коробці**
Заявник	**Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303193-23/3-140 від 16.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 3,75 мг та розчинник для с порошком у комплекті з розчинником по 2 мл (маніт (Е використання та двома голками (у блістерній упаковці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303193-23/З-140 від 16.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 3,75 мг та розчинник для с порошком у комплекті з розчинником по 2 мл (маніт (Е використання та двома голками (у блістерній упаковці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303193-23/З-140 від 16.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 3,75 мг та розчинник для с порошком у комплекті з розчинником по 2 мл (маніт (Е використання та двома голками (у блістерній упаковці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293700-23/З-140, 293701-23/З-140 від 09.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 3,75 мг та розчинник для с порошком у комплекті з розчинником по 2 мл (маніт (Е використання та двома голками (у блістерній упаковці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293700-23/3-140, 293701-23/3-140 від 09.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 3,75 мг та розчинник для с порошком у комплекті з розчинником по 2 мл (маніт (Е використання та двома голками (у блістерній упаковці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293700-23/З-140, 293701-23/З-140 від 09.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 3,75 мг та розчинник для с порошком у комплекті з розчинником по 2 мл (маніт (Е використання та двома голками (у блістерній упаковці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310584-24/В-60 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮЗОЛ®, розчин для інфузій, 2 мг/мл. по 100 мл у пляшці скляній; по 1 пляшці в пачці.**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310584-24/В-60 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮЗОЛ®, розчин для інфузій, 2 мг/мл. по 100 мл у пляшці скляній; по 1 пляшці в пачці.**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310584-24/B-60 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮЗОЛ®, розчин для інфузій, 2 мг/мл. по 100 мл у пляшці скляній; по 1 пляшці в пачці.**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312330-24/В-144 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР СОЛО 160; ДІОКОР СОЛО 80, таблетки, вкр блістері; по 1 або 3, або 4, або 9 блістерів у картонній па**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312330-24/В-144 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР СОЛО 160; ДІОКОР СОЛО 80, таблетки, вкр блістері; по 1 або 3, або 4, або 9 блістерів у картонній па**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312330-24/В-144 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР СОЛО 160; ДІОКОР СОЛО 80, таблетки, вкр блістері; по 1 або 3, або 4, або 9 блістерів у картонній па**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312330-24/В-144 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР СОЛО 160; ДІОКОР СОЛО 80, таблетки, вкр блістері; по 1 або 3, або 4, або 9 блістерів у картонній па**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312330-24/В-144 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР СОЛО 160; ДІОКОР СОЛО 80, таблетки, вкр блістері; по 1 або 3, або 4, або 9 блістерів у картонній па**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312330-24/В-144 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР СОЛО 160; ДІОКОР СОЛО 80, таблетки, вкр блістері; по 1 або 3, або 4, або 9 блістерів у картонній па**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310650-24/3-61 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину по 5 мл (10 мг), по 25 мл (50 мг), по 50 мл (100 мг), або**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310650-24/3-61 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину по 5 мл (10 мг), по 25 мл (50 мг), по 50 мл (100 мг), або п**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310650-24/3-61 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину по 5 мл (10 мг), по 25 мл (50 мг), по 50 мл (100 мг), або**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297850-23/З-137 від 17.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН АККОРД, концентрат для розчину д мл (100 мг), 100 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону у к**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297850-23/З-137 від 17.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН АККОРД, концентрат для розчину д мл (100 мг), 100 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону у к**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297850-23/З-137 від 17.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН АККОРД, концентрат для розчину д мл (100 мг), 100 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону у к**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288029-23/В-132 від 31.01.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНЕКС®, таблетки, що диспергуються в ротовій пор** **6 блістерів у картонній пачці; по 14 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288029-23/В-132 від 31.01.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНЕКС®, таблетки, що диспергуються в ротовій пор 6 блістерів у картонній пачці; по 14 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288029-23/В-132 від 31.01.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНЕКС®, таблетки, що диспергуються в ротовій пор 6 блістерів у картонній пачці; по 14 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303843-23/3-45 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ-ВІСТА, концентрат для розчину для ін мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303843-23/3-45 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ-ВІСТА, концентрат для розчину для ін мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303843-23/3-45 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ-ВІСТА, концентрат для розчину для ін мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312951-24/3-124 від 29.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУАКЛІР® ДЖЕНУЕЙР®, порошок для інгаляцій, 340 або по 3 інгалятори в алюмінієвому ламінованому паке**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312951-24/3-124 від 29.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУАКЛІР® ДЖЕНУЕЙР®, порошок для інгаляцій, 340 або по 3 інгалятори в алюмінієвому ламінованому паке**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312951-24/3-124 від 29.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУАКЛІР® ДЖЕНУЕЙР®, порошок для інгаляцій, 34(або по 3 інгалятори в алюмінієвому ламінованому паке**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304644-23/3-61 від 07.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУКРЕССА®, краплі очні, розчин по 5 мл у флаконі з к картонній упаковці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304644-23/3-61 від 07.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУКРЕССА®, краплі очні, розчин по 5 мл у флаконі з к картонній упаковці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304644-23/3-61 від 07.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУКРЕССА®, краплі очні, розчин по 5 мл у флаконі з к картонній упаковці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304973-23/3-97, 304974-23/3-97, 304975-23/3-97 від 14.11.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОВІТ®, таблетки, вкриті оболонкою, комбі-упаковк кольору у блістері; по 4 або 6, або 8 блістерів у картонн**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304973-23/3-97, 304974-23/3-97, 304975-23/3-97 від 14.11.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОВІТ®, таблетки, вкриті оболонкою, комбі-упаковк кольору у блістері; по 4 або 6, або 8 блістерів у картонн**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304973-23/3-97, 304974-23/3-97, 304975-23/3-97 від 14.11.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОВІТ®, таблетки, вкриті оболонкою, комбі-упаковк кольору у блістері; по 4 або 6, або 8 блістерів у картонн**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272865-22/3-45 від 07.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУТАПРО, капсули м'які по 0,5 мг, по 10 капсул у бліс**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272865-22/3-45 від 07.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУТАПРО, капсули м'які по 0,5 мг, по 10 капсул у бліс**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272865-22/3-45 від 07.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУТАПРО, капсули м'які по 0,5 мг, по 10 капсул у бліс**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264332-21/3-02 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВЕРОНАТ, таблетки по 5 мг, 10 мг; по 7 таблеток у бл**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264332-21/3-02 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВЕРОНАТ, таблетки по 5 мг, 10 мг; по 7 таблеток у бл**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264332-21/3-02 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВЕРОНАТ, таблетки по 5 мг, 10 мг; по 7 таблеток у бл**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264332-21/3-02 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВЕРОНАТ, таблетки по 5 мг, 10 мг; по 7 таблеток у бл**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264332-21/3-02 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВЕРОНАТ, таблетки по 5 мг, 10 мг; по 7 таблеток у бл**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**264332-21/3-02 від 10.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВЕРОНАТ, таблетки по 5 мг, 10 мг; по 7 таблеток у бл**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311060-24/3-96 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИФІН, таблетки по 250 мг, по 7 таблеток у блістері**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311060-24/3-96 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИФІН, таблетки по 250 мг, по 7 таблеток у блістері**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311060-24/3-96 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИФІН, таблетки по 250 мг, по 7 таблеток у блістері**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311705-24/B-97, 311706-24/B-97 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗО-ТІФІН, розчин нашкірний, 10 мг/мл, in bulk: по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311705-24/B-97, 311706-24/B-97 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗО-ТІФІН, розчин нашкірний, 10 мг/мл, in bulk: по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311705-24/B-97, 311706-24/B-97 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗО-ТІФІН, розчин нашкірний, 10 мг/мл, in bulk: по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311978-24/B-61, 311979-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗО-ТІФІН, крем, 10 мг/г in bulk: по 10 кг у бочках с**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311978-24/B-61, 311979-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗО-ТІФІН, крем, 10 мг/г in bulk: по 10 кг у бочках с**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІС**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311978-24/B-61, 311979-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗО-ТІФІН, крем, 10 мг/г in bulk: по 10 кг у бочках с**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІС**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288365-23/3-98, 288366-23/3-98, 288367-23/3-98 від 08.02.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛАПРАЗА, концентрат для розчину для інфузій, 2 мг/**
Заявник	**Такеда Фармасьютікалз Інтернешнл АГ Ірландія Брен**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288365-23/3-98, 288366-23/3-98, 288367-23/3-98 від 08.02.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛАПРАЗА, концентрат для розчину для інфузій, 2 мг/**
Заявник	**Такеда Фармасьютікалз Інтернешнл АГ Ірландія Брен**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288365-23/3-98, 288366-23/3-98, 288367-23/3-98 від 08.02.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛАПРАЗА, концентрат для розчину для інфузій, 2 мг/**
Заявник	**Такеда Фармасьютікалз Інтернешнл АГ Ірландія Брен**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278281-22/З-82, 302092-23/З-82 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІДЕЛ®, крем для зовнішнього застосування 1 %; по**
Заявник	**МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278281-22/3-82, 302092-23/3-82 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІДЕЛ®, крем для зовнішнього застосування 1 %; по**
Заявник	**МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278281-22/3-82, 302092-23/3-82 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІДЕЛ®, крем для зовнішнього застосування 1 %; по**
Заявник	**МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307344-23/3-121 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІЦЕЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 14 блістерів у коробці; по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307344-23/3-121 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІЦЕЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 14 блістерів у коробці; по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307344-23/3-121 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІЦЕЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 14 блістерів у коробці; по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307344-23/3-121 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІЦЕЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 14 блістерів у коробці; по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307344-23/3-121 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІЦЕЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 14 блістерів у коробці; по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307344-23/3-121 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІЦЕЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 14 блістерів у коробці; по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307344-23/3-121 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІЦЕЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 14 блістерів у коробці; по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307344-23/3-121 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІЦЕЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 14 блістерів у коробці; по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307344-23/3-121 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІЦЕЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 14 блістерів у коробці; по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**291878-23/В-61, 291879-23/В-61, 291880-23/В-61, 291881-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛАПРИЛУ МАЛЕАТ, порошок кристалічний (суб фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**291878-23/В-61, 291879-23/В-61, 291880-23/В-61, 291881-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛАПРИЛУ МАЛЕАТ, порошок кристалічний (суб фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**291878-23/В-61, 291879-23/В-61, 291880-23/В-61, 291881-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛАПРИЛУ МАЛЕАТ, порошок кристалічний (суб фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 б**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 6**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 6**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 б**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 6**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 6**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 б**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 6**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 6**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 б**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 6**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299892-23/3-116, 299893-23/3-116, 299894-23/3-116, 30156**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАП®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 20 мг, по 10 таб 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6, або по 9 6**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306880-23/3-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАПРІЛ-Н, таблетки; по 10 таблеток у стрипі; по 2 ст**
Заявник	**Дженом Біотек Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306880-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАПРІЛ-Н, таблетки; по 10 таблеток у стрипі; по 2 ст**
Заявник	**Дженом Біотек Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306880-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАПРІЛ-Н, таблетки; по 10 таблеток у стрипі; по 2 ст**
Заявник	**Дженом Біотек Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310181-24/З-116 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАТ 400, капсули м'які по 400 МО; по 10 капсул у бл**
Заявник	**МЕГА ЛАЙФСАЙЕНСІЗ Паблік Компані Лімітед, Таї**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310181-24/З-116 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАТ 400, капсули м'які по 400 МО; по 10 капсул у бл**
Заявник	**МЕГА ЛАЙФСАЙЕНСІЗ Паблік Компані Лімітед, Таї**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310181-24/З-116 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАТ 400, капсули м'які по 400 МО; по 10 капсул у бл**
Заявник	**МЕГА ЛАЙФСАЙЕНСІЗ Паблік Компані Лімітед, Таї**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288646-23/3-92, 288647-23/3-92, 288648-23/3-92, 288649-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНДОФАЛЬК, порошок для орального розчину; по 55,**
Заявник	**Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288646-23/3-92, 288647-23/3-92, 288648-23/3-92, 288649-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНДОФАЛЬК, порошок для орального розчину; по 55,**
Заявник	**Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288646-23/3-92, 288647-23/3-92, 288648-23/3-92, 288649-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНДОФАЛЬК, порошок для орального розчину; по 55,**
Заявник	**Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306867-23/3-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНЗИМТАЛ, драже; по 10 драже у стрипі; по 1 або 10 с**
Заявник	**Дженом Біотек Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306867-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНЗИМТАЛ, драже; по 10 драже у стрипі; по 1 або 10 с**
Заявник	**Дженом Біотек Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306867-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНЗИМТАЛ, драже; по 10 драже у стрипі; по 1 або 10 с**
Заявник	**Дженом Біотек Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299394-23/В-82 від 09.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; по 200 наповненому шприцу; по 5 попередньо наповнених шп ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/З-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/3-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/З-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/З-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/3-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/З-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/З-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/3-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/З-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/З-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/3-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308264-24/З-142 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПРАКАД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по блістери в картонній коробці**
Заявник	**Джубілант Дженерікс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310182-24/В-116 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІДОН®, розчин оральний, 1 мг/мл; по 30 мл у флако пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310182-24/В-116 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІДОН®, розчин оральний, 1 мг/мл; по 30 мл у флако пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310182-24/В-116 від 13.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІДОН®, розчин оральний, 1 мг/мл; по 30 мл у флако пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310805-24/З-139, 310806-24/З-139 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРМУЦИН®, тверді капсули по 300 мг по 10 капсул у**
Заявник	**УАБ "МРА", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310805-24/З-139, 310806-24/З-139 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРМУЦИН®, тверді капсули по 300 мг по 10 капсул у**
Заявник	**УАБ "МРА", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310805-24/З-139, 310806-24/З-139 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРМУЦИН®, тверді капсули по 300 мг по 10 капсул у**
Заявник	**УАБ "МРА", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310955-24/3-116, 310956-24/3-116 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРМУЦИН®, порошок для оральної суспензії, 175 мг/5 картону**
Заявник	**УАБ "МРА", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310955-24/3-116, 310956-24/3-116 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРМУЦИН®, порошок для оральної суспензії, 175 мг/5 картону**
Заявник	**УАБ "МРА", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310955-24/3-116, 310956-24/3-116 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРМУЦИН®, порошок для оральної суспензії, 175 мг/5 картону**
Заявник	**УАБ "МРА", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307826-23/B-06 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОСИЛ, таблетки по 50 мг, по 100 мг; по 1 або по 2 та у блістері, по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307826-23/В-06 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОСИЛ, таблетки по 50 мг, по 100 мг; по 1 або по 2 та у блістері, по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307826-23/В-06 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОСИЛ, таблетки по 50 мг, по 100 мг; по 1 або по 2 та у блістері, по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307826-23/B-06 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОСИЛ, таблетки по 50 мг, по 100 мг; по 1 або по 2 та у блістері, по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307826-23/В-06 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОСИЛ, таблетки по 50 мг, по 100 мг; по 1 або по 2 та у блістері, по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307826-23/В-06 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОСИЛ, таблетки по 50 мг, по 100 мг; по 1 або по 2 та у блістері, по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307022-23/В-139 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307022-23/В-139 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307022-23/В-139 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307022-23/В-139 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307022-23/В-139 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307022-23/В-139 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 1 або по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311853-24/B-98, 311854-24/B-98 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОЦЕПТИН-ФАРМЕКС, песарії по 18,9 мг по 5 песар**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311853-24/В-98, 311854-24/В-98 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОЦЕПТИН-ФАРМЕКС, песарії по 18,9 мг по 5 песар**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311853-24/В-98, 311854-24/В-98 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОЦЕПТИН-ФАРМЕКС, песарії по 18,9 мг по 5 песар**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296412-23/3-137 від 20.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРТІНОБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296412-23/3-137 від 20.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРТІНОБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296412-23/3-137 від 20.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРТІНОБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296412-23/3-137 від 20.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРТІНОБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296412-23/3-137 від 20.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРТІНОБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296412-23/3-137 від 20.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРТІНОБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308650-24/З-138, 308651-24/З-138 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСТРАМОН 50, пластир трансдермальний, 50 мкг/доб**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308650-24/3-138, 308651-24/3-138 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСТРАМОН 50, пластир трансдермальний, 50 мкг/доб**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308650-24/3-138, 308651-24/3-138 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСТРАМОН 50, пластир трансдермальний, 50 мкг/доб**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274887-22/3-97, 274888-22/3-97, 274889-22/3-97, 274890-22 274894-22/3-97, 274895-22/3-97, 274896-22/3-97, 274897-22**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСТРОЖЕЛЬ, гель для місцевого застосування, 0,6 мг картонній коробці**
Заявник	**Безен Хелскеа СА, Бельгія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274887-22/3-97, 274888-22/3-97, 274889-22/3-97, 274890-22 274894-22/3-97, 274895-22/3-97, 274896-22/3-97, 274897-22**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСТРОЖЕЛЬ, гель для місцевого застосування, 0,6 мг картонній коробці**
Заявник	**Безен Хелскеа СА, Бельгія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274887-22/3-97, 274888-22/3-97, 274889-22/3-97, 274890-22 274894-22/3-97, 274895-22/3-97, 274896-22/3-97, 274897-22**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСТРОЖЕЛЬ, гель для місцевого застосування, 0,6 мг картонній коробці**
Заявник	**Безен Хелскеа СА, Бельгія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308903-24/3-137 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОПОЗИД-МІЛІ, концентрат для розчину для інфузі по 2,5 мл (50 мг), або 5 мл (100 мг), або 10 мл (200 мг) у**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308903-24/3-137 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОПОЗИД-МІЛІ, концентрат для розчину для інфузі по 2,5 мл (50 мг), або 5 мл (100 мг), або 10 мл (200 мг) у**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308903-24/3-137 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОПОЗИД-МІЛІ, концентрат для розчину для інфузі по 2,5 мл (50 мг), або 5 мл (100 мг), або 10 мл (200 мг) у**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310301-24/B-143 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЖЕВТАНА®, концентрат для розчину для інфузій, 60 м розчинником по 4,5 мл (етанол 96 %-13 % (м/м), вода д розчинника в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310301-24/B-143 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЖЕВТАНА®, концентрат для розчину для інфузій, 60 м розчинником по 4,5 мл (етанол 96 %-13 % (м/м), вода д розчинника в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310301-24/B-143 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЖЕВТАНА®, концентрат для розчину для інфузій, 60 м розчинником по 4,5 мл (етанол 96 %-13 % (м/м), вода д розчинника в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308763-24/В-137 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІПЕЛОР®, льодяники зі смаком меду та апельсину по по 10 або 12 льодяників у блістері; по 1, 2 або 3 блістер**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308763-24/В-137 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІПЕЛОР®, льодяники зі смаком меду та апельсину по по 10 або 12 льодяників у блістері; по 1, 2 або 3 блістери**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308763-24/В-137 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІПЕЛОР®, льодяники зі смаком меду та апельсину по по 10 або 12 льодяників у блістері; по 1, 2 або 3 блістер**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308762-24/В-137 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІПЕЛОР®, льодяники зі смаком лимону по 3,0 мг по 10 або 12 льодяників у блістері; по 1, 2 або 3 блістер**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308762-24/В-137 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІПЕЛОР®, льодяники зі смаком лимону по 3,0 мг по 10 або 12 льодяників у блістері; по 1, 2 або 3 блістер**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308762-24/В-137 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІПЕЛОР®, льодяники зі смаком лимону по 3,0 мг по 10 або 12 льодяників у блістері; по 1, 2 або 3 блістер**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272957-22/3-45 від 09.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОІПРОСТ, капсули м'які по 0,5 мг, по 10 капсул у бл**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272957-22/3-45 від 09.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОІПРОСТ, капсули м'які по 0,5 мг, по 10 капсул у бліс**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272957-22/3-45 від 09.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОІПРОСТ, капсули м'які по 0,5 мг, по 10 капсул у бл**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308364-24/3-142, 308365-24/3-142, 308366-24/3-142, 30836**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАФРЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308364-24/3-142, 308365-24/3-142, 308366-24/3-142, 30836**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАФРЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308364-24/3-142, 308365-24/3-142, 308366-24/3-142, 30836**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАФРЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308364-24/3-142, 308365-24/3-142, 308366-24/3-142, 30836**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАФРЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308364-24/3-142, 308365-24/3-142, 308366-24/3-142, 30836**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАФРЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308364-24/3-142, 308365-24/3-142, 308366-24/3-142, 30836**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАФРЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311855-24/B-98, 311856-24/B-98 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА - ФАРМЕКС, розчин для і попередньо наповненому шприцу в комплекті з голкою упаковці в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311855-24/В-98, 311856-24/В-98 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА - ФАРМЕКС, розчин для і попередньо наповненому шприцу в комплекті з голкою упаковці в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311855-24/B-98, 311856-24/B-98 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА - ФАРМЕКС, розчин для і попередньо наповненому шприцу в комплекті з голкою упаковці в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311857-24/B-98, 311858-24/B-98 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА - ФАРМЕКС, концентрат в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311857-24/B-98, 311858-24/B-98 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА - ФАРМЕКС, концентрат в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311857-24/B-98, 311858-24/B-98 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА - ФАРМЕКС, концентрат в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311396-24/B-100 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; п**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311396-24/В-100 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; п**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311396-24/В-100 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; п**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310235-24/B-139, 310236-24/B-139 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 5 блістерів у па**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310235-24/В-139, 310236-24/В-139 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 5 блістерів у па**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310235-24/B-139, 310236-24/B-139 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 5 блістерів у па**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**281518-22/В-137 від 21.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН ДР. РЕДДІ'С (БУЛО: НОВІГАН®), гран коробці**
Заявник	**ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**281518-22/В-137 від 21.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН ДР. РЕДДІ'С (БУЛО: НОВІГАН®), гран коробці**
Заявник	**ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**281518-22/В-137 від 21.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН ДР. РЕДДІ'С (БУЛО: НОВІГАН®), гран коробці**
Заявник	**ТОВ "Др. Редді'с Лабораторіз", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309863-24/В-137 від 06.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1,**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309863-24/В-137 від 06.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1,**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309863-24/В-137 від 06.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1,**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308554-24/B-60 від 16.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ТЕВА ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівков по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній ко**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308554-24/B-60 від 16.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ТЕВА ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівков по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній ко**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308554-24/B-60 від 16.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ТЕВА ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівков по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній ко**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308469-24/З-132, 309076-24/З-132 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУФЕН® ДЛЯ ДІТЕЙ МАЛИНА, суспензія оральна, 1 поліетиленовим адаптером; по 1 флакону разом з шпри**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308469-24/3-132, 309076-24/3-132 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУФЕН® ДЛЯ ДІТЕЙ МАЛИНА, суспензія оральна, 1 поліетиленовим адаптером; по 1 флакону разом з шпри**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308469-24/3-132, 309076-24/3-132 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУФЕН® ДЛЯ ДІТЕЙ МАЛИНА, суспензія оральна, 1 поліетиленовим адаптером; по 1 флакону разом з шпри**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270799-21/З-116 від 24.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД 100 (БУЛО: ІЗОНІАЗИД ТАБЛЕТКИ, ЩО 100 мг по 10 таблеток у стрипі, по 10 стрипів у картонн**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270799-21/З-116 від 24.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД 100 (БУЛО: ІЗОНІАЗИД ТАБЛЕТКИ, ЩО 100 мг по 10 таблеток у стрипі, по 10 стрипів у картонн**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270799-21/З-116 від 24.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД 100 (БУЛО: ІЗОНІАЗИД ТАБЛЕТКИ, ЩО 100 мг по 10 таблеток у стрипі, по 10 стрипів у картонн**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306725-23/В-45 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМІПЕНЕМ/ЦИЛАСТАТИН, порошок для розчину дл**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , У**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306725-23/В-45 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМІПЕНЕМ/ЦИЛАСТАТИН, порошок для розчину дл**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , У**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306725-23/В-45 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМІПЕНЕМ/ЦИЛАСТАТИН, порошок для розчину дл**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Ук**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305269-23/3-61, 307411-23/3-97 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУПРЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою по 25 таблет**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305269-23/3-61, 307411-23/3-97 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУПРЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою по 25 таблето**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305269-23/3-61, 307411-23/3-97 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУПРЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою по 25 таблето**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301249-23/В-28 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНГАФІТОЛ-1, збір по 50 г у пачках із внутрішнім пак**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301249-23/В-28 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНГАФІТОЛ-1, збір по 50 г у пачках із внутрішнім пак**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301249-23/В-28 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНГАФІТОЛ-1, збір по 50 г у пачках із внутрішнім пак**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309792-24/З-116, 309795-24/З-116 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДАП®, таблетки по 1,25 мг або по 2,5 мг по 10 таблет**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309792-24/3-116, 309795-24/3-116 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДАП®, таблетки по 1,25 мг або по 2,5 мг по 10 таблет**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309792-24/3-116, 309795-24/3-116 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДАП®, таблетки по 1,25 мг або по 2,5 мг по 10 таблет**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309792-24/З-116, 309795-24/З-116 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДАП®, таблетки по 1,25 мг або по 2,5 мг по 10 таблет**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309792-24/3-116, 309795-24/3-116 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДАП®, таблетки по 1,25 мг або по 2,5 мг по 10 таблет**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309792-24/3-116, 309795-24/3-116 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДАП®, таблетки по 1,25 мг або по 2,5 мг по 10 таблет**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305522-23/3-116, 305526-23/3-116, 305527-23/3-116, 30552**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДАПАМІД-ТЕВА SR, таблетки, вкриті плівковою об 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305522-23/3-116, 305526-23/3-116, 305527-23/3-116, 30552**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДАПАМІД-ТЕВА SR, таблетки, вкриті плівковою об 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305522-23/3-116, 305526-23/3-116, 305527-23/3-116, 30552**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНДАПАМІД-ТЕВА SR, таблетки, вкриті плівковою об 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311566-24/B-61 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНОПРАНОЛ, таблетки по 500 мг по 10 таблеток у бліс**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311566-24/B-61 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНОПРАНОЛ, таблетки по 500 мг по 10 таблеток у бліс**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311566-24/B-61 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНОПРАНОЛ, таблетки по 500 мг по 10 таблеток у бліс**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311022-24/B-97 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТАГРА® ІС, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, в пачці з картону; по 2 таблетки у блістері, по 2 блістер**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311022-24/B-97 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТАГРА® ІС, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, в пачці з картону; по 2 таблетки у блістері, по 2 блістер**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311022-24/B-97 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТАГРА® ІС, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, в пачці з картону; по 2 таблетки у блістері, по 2 блістер**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311022-24/B-97 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТАГРА® ІС, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, в пачці з картону; по 2 таблетки у блістері, по 2 блістер**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311022-24/B-97 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТАГРА® ІС, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, в пачці з картону; по 2 таблетки у блістері, по 2 блістер**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311022-24/B-97 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТАГРА® ІС, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, в пачці з картону; по 2 таблетки у блістері, по 2 блістер**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311022-24/B-97 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТАГРА® ІС, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, в пачці з картону; по 2 таблетки у блістері, по 2 блістер**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311022-24/B-97 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТАГРА® ІС, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, в пачці з картону; по 2 таблетки у блістері, по 2 блістер**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311022-24/B-97 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТАГРА® ІС, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, в пачці з картону; по 2 таблетки у блістері, по 2 блістер**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312755-24/3-146 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ІПВ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ І (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ одноразовому шприці у комплекті з голкою; по 1 або 10 контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці з мар**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312755-24/3-146 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ІПВ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ І (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ одноразовому шприці у комплекті з голкою; по 1 або 10 контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці з мар**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312755-24/3-146 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ІПВ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ І (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ одноразовому шприці у комплекті з голкою; по 1 або 10 контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці з мар**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306281-23/3-121 від 05.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ІПВ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ І (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ одноразовому шприці у комплекті з голкою; по 1 або 10 контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306281-23/3-121 від 05.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ІПВ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ І (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ одноразовому шприці у комплекті з голкою; по 1 або 10 контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306281-23/3-121 від 05.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ІПВ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ І (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ одноразовому шприці у комплекті з голкою; по 1 або 10 контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306271-23/3-121, 306272-23/3-121 від 05.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ІПВ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ І (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ одноразовому шприці у комплекті з голкою; по 1 або 10 контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306271-23/3-121, 306272-23/3-121 від 05.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ІПВ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ І (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ одноразовому шприці у комплекті з голкою; по 1 або 10 контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306271-23/3-121, 306272-23/3-121 від 05.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ІПВ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ І (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТ одноразовому шприці у комплекті з голкою; по 1 або 10 контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311909-24/B-39, 311911-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛІЮ ЙОДИД, краплі очні, 20 мг/мл по 5 мл або по 1 коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311909-24/B-39, 311911-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛІЮ ЙОДИД, краплі очні, 20 мг/мл по 5 мл або по 1 коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311909-24/B-39, 311911-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛІЮ ЙОДИД, краплі очні, 20 мг/мл по 5 мл або по 1 коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308948-24/B-145 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЮ ГОПАНТЕНАТ, порошок (субстанція) у мі**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308948-24/В-145 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЮ ГОПАНТЕНАТ, порошок (субстанція) у мі**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308948-24/В-145 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЮ ГОПАНТЕНАТ, порошок (субстанція) у мі**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**273734-22/3-06, 277673-22/3-137 від 22.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД-В6, таблетки вагінальні по 100 мг, по 6 таблет упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**273734-22/З-06, 277673-22/З-137 від 22.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД-В6, таблетки вагінальні по 100 мг, по 6 таблет упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**273734-22/3-06, 277673-22/3-137 від 22.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД-В6, таблетки вагінальні по 100 мг, по 6 таблет упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308878-24/3-45 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕТАЗОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, коробці; або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері, по 12 (**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308878-24/3-45 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕТАЗОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, коробці; або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері, по 12**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308878-24/3-45 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕТАЗОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, коробці; або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері, по 12**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308878-24/3-45 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕТАЗОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, коробці; або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері, по 12 (**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308878-24/3-45 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕТАЗОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, коробці; або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері, по 12**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308878-24/3-45 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПЕТАЗОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, коробці; або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері, по 12**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307672-23/3-137 від 22.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБОПА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/ по 5 мл, або по 15 мл, або по 45 мл, або по 60 мл у флак**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307672-23/З-137 від 22.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБОПА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/ по 5 мл, або по 15 мл, або по 45 мл, або по 60 мл у флак**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307672-23/З-137 від 22.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБОПА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/ по 5 мл, або по 15 мл, або по 45 мл, або по 60 мл у флак**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308834-24/В-45 від 22.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ДАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 контейнеру в пачці; по 10 таблеток в контурній ча**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308834-24/В-45 від 22.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ДАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 контейнеру в пачці; по 10 таблеток в контурній ча**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308834-24/B-45 від 22.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ДАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 контейнеру в пачці; по 10 таблеток в контурній ча**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308834-24/В-45 від 22.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ДАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 контейнеру в пачці; по 10 таблеток в контурній ча**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308834-24/В-45 від 22.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ДАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 контейнеру в пачці; по 10 таблеток в контурній ча**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308834-24/B-45 від 22.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ДАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 контейнеру в пачці; по 10 таблеток в контурній ча**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311451-24/B-100 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК® HD, таблетки, по 32 мг/25 мг; по 10 таблето**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311451-24/B-100 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК® HD, таблетки, по 32 мг/25 мг; по 10 таблето**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311451-24/B-100 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК® HD, таблетки, по 32 мг/25 мг; по 10 таблето**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311445-24/B-100 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®Н , таблетки по 16 мг/12,5 мг; по 10 таблеток**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311445-24/B-100 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®Н , таблетки по 16 мг/12,5 мг; по 10 таблеток**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311445-24/B-100 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®Н , таблетки по 16 мг/12,5 мг; по 10 таблеток**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309025-24/3-96 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь по 60 мл або по 150 мл у флак**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309025-24/3-96 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь по 60 мл або по 150 мл у флак**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309025-24/3-96 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь по 60 мл або по 150 мл у флак**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311967-24/B-128, 311968-24/B-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОДЕКСА, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл в по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311967-24/В-128, 311968-24/В-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОДЕКСА, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл в по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311967-24/B-128, 311968-24/B-128 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОДЕКСА, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл в по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308802-24/В-132 від 22.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОРОЛАК-ЛУБНИФАРМ, розчин для ін'єкцій по 3 2 блістери в пачці; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пач**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308802-24/В-132 від 22.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОРОЛАК-ЛУБНИФАРМ, розчин для ін'єкцій по 3 2 блістери в пачці; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачі**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308802-24/В-132 від 22.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОРОЛАК-ЛУБНИФАРМ, розчин для ін'єкцій по 3 2 блістери в пачці; по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачі**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310811-24/В-123 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг; по 150 мг; по 300**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310811-24/В-123 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг; по 150 мг; по 300**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310811-24/В-123 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг; по 150 мг; по 300**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310811-24/В-123 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг; по 150 мг; по 300**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310811-24/В-123 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг; по 150 мг; по 300**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310811-24/В-123 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг; по 150 мг; по 300**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310811-24/В-123 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг; по 150 мг; по 300**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310811-24/В-123 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг; по 150 мг; по 300**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310811-24/В-123 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг; по 150 мг; по 300**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311108-24/3-123 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН АНАНТА, таблетки, вкриті плівк блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311108-24/3-123 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН АНАНТА, таблетки, вкриті плівк блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311108-24/З-123 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН АНАНТА, таблетки, вкриті плівк блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311108-24/3-123 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН АНАНТА, таблетки, вкриті плівк блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311108-24/3-123 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН АНАНТА, таблетки, вкриті плівк блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311108-24/З-123 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН АНАНТА, таблетки, вкриті плівк блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**207636-19/В-86, 213397-19/В-02 від 26.02.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті п блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**207636-19/В-86, 213397-19/В-02 від 26.02.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті п блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**207636-19/В-86, 213397-19/В-02 від 26.02.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті п блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**207636-19/В-86, 213397-19/В-02 від 26.02.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті п блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**207636-19/В-86, 213397-19/В-02 від 26.02.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті п блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**207636-19/В-86, 213397-19/В-02 від 26.02.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТРОМІЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті п блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305319-23/3-61, 307397-23/3-97 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМАДИНОН®, таблетки, вкриті оболонкою 15 табл**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305319-23/3-61, 307397-23/3-97 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМАДИНОН®, таблетки, вкриті оболонкою 15 табл**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305319-23/3-61, 307397-23/3-97 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМАДИНОН®, таблетки, вкриті оболонкою 15 табл**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310351-24/З-96, 311779-24/З-145 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОТРИМАЗОЛ, мазь 1 % по 20 г у тубі; по 1 тубі в па**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310351-24/3-96, 311779-24/3-145 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОТРИМАЗОЛ, мазь 1 % по 20 г у тубі; по 1 тубі в па**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310351-24/З-96, 311779-24/З-145 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОТРИМАЗОЛ, мазь 1 % по 20 г у тубі; по 1 тубі в па**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311936-24/В-137, 311937-24/В-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФЕЛІН-ЗН, таблетки по 0,15 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311936-24/В-137, 311937-24/В-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФЕЛІН-ЗН, таблетки по 0,15 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311936-24/В-137, 311937-24/В-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОФЕЛІН-ЗН, таблетки по 0,15 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311871-24/B-06, 311872-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕТЕРП Н, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311871-24/B-06, 311872-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕТЕРП Н, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311871-24/B-06, 311872-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕТЕРП Н, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311869-24/B-06, 311870-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕФЕМОЛ Н, сироп, по 100 мл або по 200 мл у фла картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311869-24/В-06, 311870-24/В-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕФЕМОЛ Н, сироп, по 100 мл або по 200 мл у фла картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311869-24/В-06, 311870-24/В-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕФЕМОЛ Н, сироп, по 100 мл або по 200 мл у фла картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311980-24/B-61, 311981-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я, краплі оральні, 40 мг/мл in bulk**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311980-24/B-61, 311981-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я, краплі оральні, 40 мг/мл in bulk**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311980-24/B-61, 311981-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я, краплі оральні, 40 мг/мл in bulk**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311794-24/B-96, 311795-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311794-24/B-96, 311795-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311794-24/B-96, 311795-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті оболонкою, по контейнері**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312228-24/3-146 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкц флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312228-24/3-146 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкц флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312228-24/3-146 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкц флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312228-24/3-146 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкц флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312228-24/3-146 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкц флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312228-24/3-146 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкц флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310252-24/3-139 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310252-24/3-139 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310252-24/3-139 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310252-24/3-139 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310252-24/3-139 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310252-24/3-139 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310322-24/3-96 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розч по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310322-24/3-96 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розч по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310322-24/3-96 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розч по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310322-24/3-96 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розч по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310322-24/3-96 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розч по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310322-24/3-96 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, порошок для орального розч по 10 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308258-24/В-06 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІПРИЛ-КВ, таблетки по 5 мг/10 мг, по 10 таблет**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308258-24/В-06 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІПРИЛ-КВ, таблетки по 5 мг/10 мг, по 10 таблет**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308258-24/В-06 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІПРИЛ-КВ, таблетки по 5 мг/10 мг, по 10 таблет**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307196-23/В-61 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНВУЛЕКС, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307196-23/В-61 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНВУЛЕКС, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307196-23/В-61 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНВУЛЕКС, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299625-23/В-100, 311243-24/В-100 від 15.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНТРИВЕН, розчин для ін'єкцій, 10 000 КІО/мл; по 1 картону; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 б**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299625-23/В-100, 311243-24/В-100 від 15.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНТРИВЕН, розчин для ін'єкцій, 10 000 КІО/мл; по 1 картону; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 б**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299625-23/В-100, 311243-24/В-100 від 15.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНТРИВЕН, розчин для ін'єкцій, 10 000 КІО/мл; по 1 картону; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 б**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306214-23/B-96, 306215-23/B-96, 306216-23/B-96, 306217-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНТРОЛФЛЕКС, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл, по 2 м картону**
Заявник	**ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306214-23/B-96, 306215-23/B-96, 306216-23/B-96, 306217-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНТРОЛФЛЕКС, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл, по 2 м картону**
Заявник	**ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306214-23/B-96, 306215-23/B-96, 306216-23/B-96, 306217-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОНТРОЛФЛЕКС, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл, по 2 м картону**
Заявник	**ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307854-23/В-145, 307855-23/В-145, 307856-23/В-145, 3078 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛОЛ®К, капсули м'які; по 10 капсул у блістері**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307854-23/В-145, 307855-23/В-145, 307856-23/В-145, 3078 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛОЛ®К, капсули м'які; по 10 капсул у блістері**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307854-23/В-145, 307855-23/В-145, 307856-23/В-145, 3078 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛОЛ®К, капсули м'які; по 10 капсул у блістері**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307768-23/В-145, 307773-23/В-145 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛТАБ, таблетки; по 10 таблеток у блістерах; по in bulk: по 7 кг таблеток у поліетиленовому пакеті; по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307768-23/В-145, 307773-23/В-145 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛТАБ, таблетки; по 10 таблеток у блістерах; по in bulk: по 7 кг таблеток у поліетиленовому пакеті; по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307768-23/В-145, 307773-23/В-145 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛТАБ, таблетки; по 10 таблеток у блістерах; по in bulk: по 7 кг таблеток у поліетиленовому пакеті; по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307768-23/В-145, 307773-23/В-145 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛТАБ, таблетки; по 10 таблеток у блістерах; по in bulk: по 7 кг таблеток у поліетиленовому пакеті; по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307768-23/В-145, 307773-23/В-145 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛТАБ, таблетки; по 10 таблеток у блістерах; по in bulk: по 7 кг таблеток у поліетиленовому пакеті; по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307768-23/В-145, 307773-23/В-145 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛТАБ, таблетки; по 10 таблеток у блістерах; по in bulk: по 7 кг таблеток у поліетиленовому пакеті; по**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288478-23/В-92 від 09.02.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОФЕЇН-БЕНЗОАТ НАТРІЮ, порошок (субстанція) у застосування**
Заявник	**ТОВ "ЕЛПІС-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288478-23/В-92 від 09.02.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОФЕЇН-БЕНЗОАТ НАТРІЮ, порошок (субстанція) у застосування**
Заявник	**ТОВ "ЕЛПІС-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288478-23/В-92 від 09.02.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОФЕЇН-БЕНЗОАТ НАТРІЮ, порошок (субстанція) у застосування**
Заявник	**ТОВ "ЕЛПІС-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310466-24/В-28 від 16.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИЛОМЕТАЗОЛІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (суб фармацевтичного застосування**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310466-24/B-28 від 16.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИЛОМЕТАЗОЛІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (суб фармацевтичного застосування**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310466-24/B-28 від 16.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИЛОМЕТАЗОЛІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (суб фармацевтичного застосування**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267174-21/3-133 від 03.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИНФАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267174-21/З-133 від 03.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИНФАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267174-21/З-133 від 03.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИНФАЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299157-23/З-143, 299158-23/З-143 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОФЛУЗА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг: по 2 або по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру у кар блістеру у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299157-23/3-143, 299158-23/3-143 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОФЛУЗА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг: по 2 або по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру у ка блістеру у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299157-23/3-143, 299158-23/3-143 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОФЛУЗА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг: по 2 або по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру у ка блістеру у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299157-23/З-143, 299158-23/З-143 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОФЛУЗА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг: по 2 або по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру у кар блістеру у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299157-23/3-143, 299158-23/3-143 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОФЛУЗА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг: по 2 або по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру у ка блістеру у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299157-23/3-143, 299158-23/3-143 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОФЛУЗА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг: по 2 або по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру у ка блістеру у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311464-24/3-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛВАН®, розчин для інфузій, 15 мг/2 мл; по 2 мл**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311464-24/3-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛВАН®, розчин для інфузій, 15 мг/2 мл; по 2 мл**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311464-24/3-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛВАН®, розчин для інфузій, 15 мг/2 мл; по 2 мл**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311453-24/В-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛВАН® З ПОЛУНИЧНО-ВЕРШКОВИМ СМАК флакону в комплекті з пластиковим мірним ковпачко**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311453-24/В-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛВАН® З ПОЛУНИЧНО-ВЕРШКОВИМ СМАК флакону в комплекті з пластиковим мірним ковпачко**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311453-24/В-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛВАН® З ПОЛУНИЧНО-ВЕРШКОВИМ СМАК флакону в комплекті з пластиковим мірним ковпачко**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307058-23/3-140, 309388-24/3-124 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОРИН®, спрей назальний, 1,18 мг/мл; по 10 мл у с картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307058-23/З-140, 309388-24/З-124 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОРИН®, спрей назальний, 1,18 мг/мл; по 10 мл у с картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307058-23/З-140, 309388-24/З-124 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОРИН®, спрей назальний, 1,18 мг/мл; по 10 мл у с картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301098-23/В-92 від 08.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКСЕРС, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 м**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301098-23/В-92 від 08.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКСЕРС, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 м**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301098-23/В-92 від 08.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКСЕРС, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 м**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310304-24/B-143 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАНТУС® СОЛОСТАР®, розчин для ін'єкцій, 100 Од. шприц-ручку (без голок для ін`єкцій); по 5 шприц-руч**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310304-24/B-143 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАНТУС® СОЛОСТАР®, розчин для ін'єкцій, 100 Од. шприц-ручку (без голок для ін`єкцій); по 5 шприц-руч**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310304-24/B-143 від 15.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАНТУС® СОЛОСТАР®, розчин для ін'єкцій, 100 Од. шприц-ручку (без голок для ін`єкцій); по 5 шприц-руч**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311175-24/В-100, 311180-24/В-100, 311181-24/В-100 від 28**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАРГІНІД, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг**
Заявник	**ТОВ "БІОЛІК ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311175-24/В-100, 311180-24/В-100, 311181-24/В-100 від 28**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАРГІНІД, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг**
Заявник	**ТОВ "БІОЛІК ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311175-24/В-100, 311180-24/В-100, 311181-24/В-100 від 28**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАРГІНІД, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг**
Заявник	**ТОВ "БІОЛІК ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297054-23/В-116 від 28.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАРГІНУС (БУЛО: ВІВАФОРТЕ), розчин оральний, 2 картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297054-23/В-116 від 28.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАРГІНУС (БУЛО: ВІВАФОРТЕ), розчин оральний, 2 картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297054-23/В-116 від 28.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАРГІНУС (БУЛО: ВІВАФОРТЕ), розчин оральний, 2 картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307223-23/B-138 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАТАСОПТ, краплі очні, розчин 0,05 мг/мл; по 2,5 мл коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307223-23/В-138 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАТАСОПТ, краплі очні, розчин 0,05 мг/мл; по 2,5 мл коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307223-23/В-138 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАТАСОПТ, краплі очні, розчин 0,05 мг/мл; по 2,5 мл коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307389-23/В-116 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАТАСОПТ, краплі очні, розчин 0,05 мг/мл; по 2,5 мл коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307389-23/В-116 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАТАСОПТ, краплі очні, розчин 0,05 мг/мл; по 2,5 мл коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307389-23/В-116 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАТАСОПТ, краплі очні, розчин 0,05 мг/мл; по 2,5 мл коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308253-24/В-39 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВІЦИТАМ, розчин оральний, 100 мг/мл по 300 мл у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308253-24/В-39 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВІЦИТАМ, розчин оральний, 100 мг/мл по 300 мл у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308253-24/B-39 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВІЦИТАМ, розчин оральний, 100 мг/мл по 300 мл у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304381-23/В-142, 304382-23/В-142, 304383-23/В-142, 3043**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОКОМ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії, вкри по 3 або по 10 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304381-23/В-142, 304382-23/В-142, 304383-23/В-142, 3043**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОКОМ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії, вкри по 3 або по 10 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304381-23/В-142, 304382-23/В-142, 304383-23/В-142, 3043**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОКОМ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії, вкри по 3 або по 10 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312303-24/В-145 від 18.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь;** **по 25 г у контейнерах;** **по 30 г, або по 40 г у тубах алюмінієвих;** **по 30 г, або по 40 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі у карто** **по 20 г у тубах алюмінієвих;** **по 20 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі у картонній пачці;** **по 20 г, по 30 г або по 40 г у тубах ламінатних;** **по 20 г, по 30 г або по 40 г у тубі ламінатній; по 1 тубі в**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабр**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312303-24/В-145 від 18.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь;** **по 25 г у контейнерах;** **по 30 г, або по 40 г у тубах алюмінієвих;** **по 30 г, або по 40 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі у карто** **по 20 г у тубах алюмінієвих;** **по 20 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі у картонній пачці;** **по 20 г, по 30 г або по 40 г у тубах ламінатних;** **по 20 г, по 30 г або по 40 г у тубі ламінатній; по 1 тубі в**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабр**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312303-24/В-145 від 18.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь;** **по 25 г у контейнерах;** **по 30 г, або по 40 г у тубах алюмінієвих;** **по 30 г, або по 40 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі у карто** **по 20 г у тубах алюмінієвих;** **по 20 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі у картонній пачці;** **по 20 г, по 30 г або по 40 г у тубах ламінатних;** **по 20 г, по 30 г або по 40 г у тубі ламінатній; по 1 тубі в**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабр**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302745-23/В-132 від 09.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОПРО® , розчин для інфузій, 500 мг/100 мл по 100 поліетиленовому пакеті в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Конарк Ін**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302745-23/В-132 від 09.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОПРО® , розчин для інфузій, 500 мг/100 мл по 100 поліетиленовому пакеті в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Конарк Ін**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302745-23/В-132 від 09.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОПРО® , розчин для інфузій, 500 мг/100 мл по 100 поліетиленовому пакеті в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Конарк Ін**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311682-24/3-146 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, Розчин для інфузій, 5 мг/мл по 1**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірм**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311682-24/3-146 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, Розчин для інфузій, 5 мг/мл по 1**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірм**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311682-24/3-146 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, Розчин для інфузій, 5 мг/мл по 1**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірм**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312015-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, порошок (субста застосування**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312015-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, порошок (субста застосування**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312015-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, порошок (субста застосування**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312008-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, кристалічний по фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312008-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, кристалічний по фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312008-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, кристалічний по фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303327-23/3-97 від 19.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕЙПРОРЕЛІН САНДОЗ®, імплантат по 5 мг, по 1 ш картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303327-23/3-97 від 19.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕЙПРОРЕЛІН САНДОЗ®, імплантат по 5 мг, по 1 ш картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303327-23/3-97 від 19.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕЙПРОРЕЛІН САНДОЗ®, імплантат по 5 мг, по 1 ш картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7,5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7,5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7,5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7,5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7,5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7,5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7,5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299162-23/3-142 від 03.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНАЛІДОМІД-ВІСТА, капсули тверді по 2,5 мг, по 7, 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг, по 25 мг, по 3 капсули**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300572-23/3-45 від 31.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРОЗОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300572-23/З-45 від 31.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРОЗОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300572-23/З-45 від 31.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРОЗОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303299-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303299-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303299-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303300-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303300-23/B-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303300-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303300-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303300-23/B-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303300-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303299-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303299-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303299-23/В-28 від 18.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309112-24/3-06 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 м**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309112-24/3-06 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 м**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309112-24/3-06 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 м**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309112-24/3-06 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 м**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309112-24/3-06 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 м**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309112-24/3-06 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 м**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309112-24/3-06 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 м**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309112-24/3-06 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 м**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309112-24/3-06 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, по 150 мг, по 300 м**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312973-24/В-145 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНКОМІЦИНУ ГІДРОХЛОРИД, кристалічний поро фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312973-24/В-145 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНКОМІЦИНУ ГІДРОХЛОРИД, кристалічний поро фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312973-24/В-145 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНКОМІЦИНУ ГІДРОХЛОРИД, кристалічний поро фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310751-24/B-116 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІРАМ, таблетки по 10 мг/5 мг; по 20 мг/5 мг; по 20 мг**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310751-24/В-116 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПРАМ, таблетки по 10 мг/5 мг; по 20 мг/5 мг; по 20 мг**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310751-24/В-116 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІРАМ, таблетки по 10 мг/5 мг; по 20 мг/5 мг; по 20 мг**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310751-24/B-116 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІРАМ, таблетки по 10 мг/5 мг; по 20 мг/5 мг; по 20 мг**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310751-24/В-116 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПРАМ, таблетки по 10 мг/5 мг; по 20 мг/5 мг; по 20 мг**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310751-24/В-116 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІРАМ, таблетки по 10 мг/5 мг; по 20 мг/5 мг; по 20 мг**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310751-24/B-116 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІРАМ, таблетки по 10 мг/5 мг; по 20 мг/5 мг; по 20 мг**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310751-24/В-116 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПРАМ, таблетки по 10 мг/5 мг; по 20 мг/5 мг; по 20 мг**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310751-24/В-116 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІРАМ, таблетки по 10 мг/5 мг; по 20 мг/5 мг; по 20 мг**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304890-23/B-60, 304891-23/B-60 від 10.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН ПЛЮС-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг/12,5 мг картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 100 мг/25 мг**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304890-23/B-60, 304891-23/B-60 від 10.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН ПЛЮС-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг/12,5 мг картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 100 мг/25 мг**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304890-23/B-60, 304891-23/B-60 від 10.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН ПЛЮС-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг/12,5 мг картонній коробці таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 100 мг/25 мг**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304890-23/B-60, 304891-23/B-60 від 10.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН ПЛЮС-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг/12,5 мг картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 100 мг/25 мг**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304890-23/B-60, 304891-23/B-60 від 10.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН ПЛЮС-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг/12,5 мг картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 100 мг/25 мг**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304890-23/B-60, 304891-23/B-60 від 10.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН ПЛЮС-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг/12,5 мг картонній коробці таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 100 мг/25 мг**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305340-23/В-132 від 17.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці, по 50 мг, або 100 мг: по 10 таблето картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311873-24/B-06, 311874-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАЗЕПАМ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 1 мл картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311873-24/B-06, 311874-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАЗЕПАМ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 1 мл картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311873-24/B-06, 311874-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАЗЕПАМ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 1 мл картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311725-24/В-138, 311726-24/В-138 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАЗЕПАМ-ЗН, таблетки по 1 мг або по 2,5 мг; по 10**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311725-24/В-138, 311726-24/В-138 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАЗЕПАМ-ЗН, таблетки по 1 мг або по 2,5 мг; по 10**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311725-24/В-138, 311726-24/В-138 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАЗЕПАМ-ЗН, таблетки по 1 мг або по 2,5 мг; по 10**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311725-24/В-138, 311726-24/В-138 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАЗЕПАМ-ЗН, таблетки по 1 мг або по 2,5 мг; по 10**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311725-24/В-138, 311726-24/В-138 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАЗЕПАМ-ЗН, таблетки по 1 мг або по 2,5 мг; по 10**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311725-24/В-138, 311726-24/В-138 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАЗЕПАМ-ЗН, таблетки по 1 мг або по 2,5 мг; по 10**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307192-23/B-61, 307193-23/B-61 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРИНДЕН® А, мазь по 15 г в тубі; по 1 тубі в коробц**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307192-23/В-61, 307193-23/В-61 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРИНДЕН® А, мазь по 15 г в тубі; по 1 тубі в коробц**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307192-23/В-61, 307193-23/В-61 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРИНДЕН® А, мазь по 15 г в тубі; по 1 тубі в коробц**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307971-23/3-124 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАБТЕРА®, розчин для ін'єкцій, 1400 мг/11,7 мл; по 1**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307971-23/3-124 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАБТЕРА®, розчин для ін'єкцій, 1400 мг/11,7 мл; по 1**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307971-23/3-124 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАБТЕРА®, розчин для ін'єкцій, 1400 мг/11,7 мл; по 1**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307973-23/3-124 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАБТЕРА®, концентрат для розчину для інфузій, 100 по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307973-23/З-124 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАБТЕРА®, концентрат для розчину для інфузій, 100 по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307973-23/З-124 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАБТЕРА®, концентрат для розчину для інфузій, 100 по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308048-24/B-137, 308049-24/B-137 від 01.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНІЮ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 5 мл в ампулі поліетиленовій; по 10 або 50 ампул у п по 10 мл в ампулі поліетиленовій; по 10 ампул у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308048-24/B-137, 308049-24/B-137 від 01.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНІЮ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 5 мл в ампулі поліетиленовій; по 10 або 50 ампул у п по 10 мл в ампулі поліетиленовій; по 10 ампул у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308048-24/B-137, 308049-24/B-137 від 01.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНІЮ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 5 мл в ампулі поліетиленовій; по 10 або 50 ампул у п по 10 мл в ампулі поліетиленовій; по 10 ампул у пачці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**295792-23/3-139, 311413-24/3-06 від 08.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАДІНЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**295792-23/3-139, 311413-24/3-06 від 08.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАДІНЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**295792-23/3-139, 311413-24/3-06 від 08.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАДІНЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310942-24/З-143 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАДОПАР®, таблетки, 200 мг/50 мг; по 100 таблеток у**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310942-24/3-143 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАДОПАР®, таблетки, 200 мг/50 мг; по 100 таблеток у**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310942-24/З-143 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАДОПАР®, таблетки, 200 мг/50 мг; по 100 таблеток у**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312414-24/З-146 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКМІРОР, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по**
Заявник	**ПОЛІКЕМ С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312414-24/3-146 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКМІРОР, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по**
Заявник	**ПОЛІКЕМ С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312414-24/3-146 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКМІРОР, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг по**
Заявник	**ПОЛІКЕМ С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312417-24/3-146 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКМІРОР КОМПЛЕКС®, капсули вагінальні м'які;**
Заявник	**ПОЛІКЕМ С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312417-24/3-146 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКМІРОР КОМПЛЕКС®, капсули вагінальні м'які;**
Заявник	**ПОЛІКЕМ С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312417-24/3-146 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКМІРОР КОМПЛЕКС®, капсули вагінальні м'які;**
Заявник	**ПОЛІКЕМ С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312440-24/3-146 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКМІРОР КОМПЛЕКС®, крем вагінальний по 30 г картонній пачці**
Заявник	**ПОЛІКЕМ С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312440-24/3-146 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКМІРОР КОМПЛЕКС®, крем вагінальний по 30 г картонній пачці**
Заявник	**ПОЛІКЕМ С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312440-24/3-146 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКМІРОР КОМПЛЕКС®, крем вагінальний по 30 г картонній пачці**
Заявник	**ПОЛІКЕМ С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309828-24/B-97, 310496-24/B-97 від 06.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКРОЦЕФ, порошок для розчину для ін`єкцій по 10(**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ІСТФАРМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309828-24/В-97, 310496-24/В-97 від 06.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКРОЦЕФ, порошок для розчину для ін`єкцій по 100**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ІСТФАРМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309828-24/B-97, 310496-24/B-97 від 06.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКРОЦЕФ, порошок для розчину для ін`єкцій по 100**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ІСТФАРМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300026-23/В-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКРОЦЕФ, порошок для розчину для ін`єкцій по 100 коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ІСТФАРМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300026-23/В-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКРОЦЕФ, порошок для розчину для ін`єкцій по 100 коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ІСТФАРМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300026-23/В-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКРОЦЕФ, порошок для розчину для ін`єкцій по 100 коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ІСТФАРМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305395-23/3-61, 305396-23/3-61, 307651-23/3-61 від 20.11.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАСТОДИНОН®, таблетки по 20 таблеток у блістері;**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305395-23/3-61, 305396-23/3-61, 307651-23/3-61 від 20.11.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАСТОДИНОН®, таблетки по 20 таблеток у блістері;**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305395-23/3-61, 305396-23/3-61, 307651-23/3-61 від 20.11.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАСТОДИНОН®, таблетки по 20 таблеток у блістері;**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267143-21/В-116 від 02.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР-ФАРКОС, капсули, по 300 мг, по 12 або по 1**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267143-21/В-116 від 02.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР-ФАРКОС, капсули, по 300 мг, по 12 або по 1**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267143-21/В-116 від 02.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР-ФАРКОС, капсули, по 300 мг, по 12 або по 1**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311459-24/B-97 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДІАТОРН®, таблетки по 20 мг, по 10 таблеток у бл**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311459-24/B-97 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДІАТОРН®, таблетки по 20 мг, по 10 таблеток у бл**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311459-24/B-97 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДІАТОРН®, таблетки по 20 мг, по 10 таблеток у бл**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305182-23/3-142 від 15.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОДЕВ, розчин для ін`єкцій, 15 мг/1,5 мл, по 1,5 мл**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305182-23/3-142 від 15.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОДЕВ, розчин для ін`єкцій, 15 мг/1,5 мл, по 1,5 мл**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305182-23/3-142 від 15.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОДЕВ, розчин для ін`єкцій, 15 мг/1,5 мл, по 1,5 мл**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309111-24/3-45 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309111-24/3-45 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309111-24/3-45 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309111-24/3-45 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309111-24/3-45 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309111-24/3-45 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309122-24/З-116 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-ВІСТА, порошок для приготування роз порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309122-24/З-116 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-ВІСТА, порошок для приготування роз порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309122-24/3-116 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-ВІСТА, порошок для приготування роз порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309122-24/З-116 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-ВІСТА, порошок для приготування роз порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309122-24/З-116 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-ВІСТА, порошок для приготування роз порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309122-24/3-116 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-ВІСТА, порошок для приготування роз порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307362-23/3-98, 307363-23/3-98, 307364-23/3-98, 307365-23 307369-23/3-98, 307370-23/3-98, 307371-23/3-98, 307372-23 307376-23/3-98, 307377-23/3-98, 307378-23/3-98, 307379-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТЕОСПАЗМІЛ, капсули по 10 капсул у блістері; по**
Заявник	**Лабораторії Майолі Спіндлер, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307362-23/3-98, 307363-23/3-98, 307364-23/3-98, 307365-23 307369-23/3-98, 307370-23/3-98, 307371-23/3-98, 307372-23 307376-23/3-98, 307377-23/3-98, 307378-23/3-98, 307379-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТЕОСПАЗМІЛ, капсули по 10 капсул у блістері; по**
Заявник	**Лабораторії Майолі Спіндлер, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307362-23/3-98, 307363-23/3-98, 307364-23/3-98, 307365-23 307369-23/3-98, 307370-23/3-98, 307371-23/3-98, 307372-23 307376-23/3-98, 307377-23/3-98, 307378-23/3-98, 307379-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТЕОСПАЗМІЛ, капсули по 10 капсул у блістері; по**
Заявник	**Лабораторії Майолі Спіндлер, Франція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308949-24/В-145 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛЕТИЛПІРИДИНОЛУ ГІДРОХЛОРИД , криста фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308949-24/В-145 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛЕТИЛПІРИДИНОЛУ ГІДРОХЛОРИД , криста фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308949-24/В-145 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛЕТИЛПІРИДИНОЛУ ГІДРОХЛОРИД , криста фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312547-24/З-144 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312547-24/3-144 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312547-24/3-144 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296093-23/З-123 від 14.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці; по 7,5 мг або по 10 мг по 10 таблеток у плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296093-23/3-123 від 14.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці; по 7,5 мг або по 10 мг по 10 таблеток у плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296093-23/3-123 від 14.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці; по 7,5 мг або по 10 мг по 10 таблеток у плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296093-23/З-123 від 14.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці; по 7,5 мг або по 10 мг по 10 таблеток у плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296093-23/3-123 від 14.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці; по 7,5 мг або по 10 мг по 10 таблеток у плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296093-23/3-123 від 14.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці; по 7,5 мг або по 10 мг по 10 таблеток у плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296093-23/З-123 від 14.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці; по 7,5 мг або по 10 мг по 10 таблеток у плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296093-23/3-123 від 14.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці; по 7,5 мг або по 10 мг по 10 таблеток у плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**296093-23/3-123 від 14.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг по 10 таблеток у блістер плівки в пачці; по 7,5 мг або по 10 мг по 10 таблеток у плівки в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302552-23/В-61 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРОНІДАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 250 мг по 1(таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302552-23/В-61 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРОНІДАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 250 мг по 1(таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302552-23/В-61 від 05.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРОНІДАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 250 мг по 1(таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257722-21/3-39 від 18.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою або 12, або 18 блістерів у картонній коробці; по 12 табл таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257722-21/3-39 від 18.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою або 12, або 18 блістерів у картонній коробці; по 12 табл таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257722-21/3-39 від 18.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою або 12, або 18 блістерів у картонній коробці; по 12 табл таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**285026-22/3-39, 285027-22/3-39, 288327-23/3-39 від 06.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; по 850 мг, по 10 таблето таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробц**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**285026-22/3-39, 285027-22/3-39, 288327-23/3-39 від 06.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; по 850 мг, по 10 таблето таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробц**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**285026-22/3-39, 285027-22/3-39, 288327-23/3-39 від 06.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; по 850 мг, по 10 таблето таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробц**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**285026-22/3-39, 285027-22/3-39, 288327-23/3-39 від 06.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; по 850 мг, по 10 таблето таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробц**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**285026-22/3-39, 285027-22/3-39, 288327-23/3-39 від 06.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; по 850 мг, по 10 таблето таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробц**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**285026-22/3-39, 285027-22/3-39, 288327-23/3-39 від 06.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; по 850 мг, по 10 таблето таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробц**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300249-23/З-138 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівко блістерів у картонній коробці; по 12 таблеток у блістер**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300249-23/З-138 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівко блістерів у картонній коробці; по 12 таблеток у блістер**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300249-23/З-138 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівко блістерів у картонній коробці; по 12 таблеток у блістер**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300249-23/З-138 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівко блістерів у картонній коробці; по 12 таблеток у блістер**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300249-23/З-138 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівко блістерів у картонній коробці; по 12 таблеток у блістер**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300249-23/З-138 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівко блістерів у картонній коробці; по 12 таблеток у блістер**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274449-22/3-137 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою обо по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній кор коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274449-22/3-137 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою обо по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній ко коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274449-22/3-137 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою обо по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній кор коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274449-22/3-137 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою обо по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній кор коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274449-22/3-137 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою обо по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній ко коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274449-22/3-137 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою обо по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній кор коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274449-22/3-137 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою обо по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній кор коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274449-22/3-137 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою обо по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній ко коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274449-22/3-137 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІН-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою обо по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній кор коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308575-24/3-61, 308576-24/3-61 від 16.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЛДРОНАТ®, розчин для ін'єкцій 100 мг/мл по 5 мл по 2 або 4 контурні чарункові упаковки (піддони) в пач**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308575-24/3-61, 308576-24/3-61 від 16.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЛДРОНАТ®, розчин для ін'єкцій 100 мг/мл по 5 мл** **по 2 або 4 контурні чарункові упаковки (піддони) в пач**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308575-24/3-61, 308576-24/3-61 від 16.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЛДРОНАТ®, розчин для ін'єкцій 100 мг/мл по 5 мл** **по 2 або 4 контурні чарункові упаковки (піддони) в пач**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300269-23/3-98 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,75 м картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300269-23/3-98 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,75 м картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300269-23/3-98 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,75 м картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300269-23/3-98 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,75 м картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300269-23/3-98 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,75 м картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300269-23/3-98 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,75 м картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300269-23/3-98 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,75 м картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300269-23/3-98 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,75 м картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300269-23/3-98 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,75 м картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311412-24/В-61 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті плівковою о**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311412-24/В-61 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті плівковою о**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311412-24/B-61 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті плівковою о**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311411-24/B-61 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСОТЕНС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311411-24/B-61 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСОТЕНС , таблетки, вкриті плівковою оболонко пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311411-24/B-61 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСОТЕНС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311411-24/B-61 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСОТЕНС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311411-24/B-61 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСОТЕНС , таблетки, вкриті плівковою оболонко пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311411-24/B-61 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСОТЕНС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309814-24/З-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНКАСТА®, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг; картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309814-24/3-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНКАСТА®, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг; картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309814-24/3-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНКАСТА®, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг; картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309815-24/З-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНКАСТА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309815-24/3-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНКАСТА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309815-24/3-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНКАСТА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309814-24/З-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНКАСТА®, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг; картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309814-24/3-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНКАСТА®, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг; картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309814-24/3-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНКАСТА®, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг; картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253485-21/3-02 від 26.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ІНТЕЛІ, гранули по 4 мг, гранули у**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253485-21/3-02 від 26.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ІНТЕЛІ, гранули по 4 мг, гранули у**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253485-21/3-02 від 26.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ІНТЕЛІ, гранули по 4 мг, гранули у**
Заявник	**ЗАТ "ІНТЕЛІ ГЕНЕРИКС НОРД", Литва**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309808-24/B-28 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309808-24/В-28 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309808-24/B-28 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309804-24/B-28 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою о картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309804-24/B-28 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою о картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309804-24/B-28 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою о картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302297-23/В-138, 302298-23/В-138, 302299-23/В-138, 3118**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302297-23/В-138, 302298-23/В-138, 302299-23/В-138, 3118**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302297-23/B-138, 302298-23/B-138, 302299-23/B-138, 3118**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302297-23/В-138, 302298-23/В-138, 302299-23/В-138, 3118**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302297-23/В-138, 302298-23/В-138, 302299-23/В-138, 3118**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302297-23/B-138, 302298-23/B-138, 302299-23/B-138, 3118**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309808-24/B-28 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309808-24/В-28 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309808-24/B-28 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки жувальні по 4 мг аб коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311729-24/В-138, 311730-24/В-138 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 20 мг блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311729-24/В-138, 311730-24/В-138 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 20 мг блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311729-24/В-138, 311730-24/В-138 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 20 мг блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311062-24/З-137, 311063-24/З-137 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОТОРИКУМ, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній кор**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311062-24/З-137, 311063-24/З-137 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОТОРИКУМ, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній кор**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311062-24/З-137, 311063-24/З-137 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОТОРИКУМ, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній кор**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312031-24/В-143, 312032-24/В-143 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗО КРАПЛІ МАЛЮК, краплі назальні, розчин, 0,1 скляною піпеткою; по 1 флакону у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312031-24/B-143, 312032-24/B-143 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗО КРАПЛІ МАЛЮК, краплі назальні, розчин, 0,1 скляною піпеткою; по 1 флакону у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312031-24/В-143, 312032-24/В-143 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗО КРАПЛІ МАЛЮК, краплі назальні, розчин, 0,1 скляною піпеткою; по 1 флакону у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306455-23/3-138 від 11.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАКОМ®, таблетки, 250 мг/25 мг; по 10 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306455-23/3-138 від 11.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАКОМ®, таблетки, 250 мг/25 мг; по 10 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306455-23/3-138 від 11.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАКОМ®, таблетки, 250 мг/25 мг; по 10 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309033-24/З-121 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл в а картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "АМІЛА ХЕЛС КЕА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309033-24/3-121 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл в а картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "АМІЛА ХЕЛС КЕА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309033-24/З-121 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл в а картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "АМІЛА ХЕЛС КЕА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312020-24/B-143, 312022-24/B-143 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІН-ЗН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312020-24/B-143, 312022-24/B-143 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІН-ЗН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312020-24/B-143, 312022-24/B-143 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІН-ЗН, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308214-24/B-142, 308215-24/B-142 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД, розчин для ін'єкцій 9 мг/мл; по 2 м картону; по 5 мл в ампулі поліетиленовій; по 10 або по**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308214-24/В-142, 308215-24/В-142 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД, розчин для ін'єкцій 9 мг/мл; по 2 м картону; по 5 мл в ампулі поліетиленовій; по 10 або по**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308214-24/В-142, 308215-24/В-142 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД, розчин для ін'єкцій 9 мг/мл; по 2 м картону; по 5 мл в ампулі поліетиленовій; по 10 або по**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310651-24/В-145 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 9 по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій уп ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; п**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310651-24/В-145 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 9 по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій уп ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; п**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310651-24/В-145 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 9 по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій уп ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; п**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310624-24/B-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД-ДАРНИЦЯ , розчин для інфузій, 9 500 мл у флаконах; по 100 мл у флаконі; по 40 флаконі флаконі; по 20 флаконів у коробці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310624-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД-ДАРНИЦЯ , розчин для інфузій, 9 500 мл у флаконах; по 100 мл у флаконі; по 40 флакон флаконі; по 20 флаконів у коробці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310624-24/B-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИД-ДАРНИЦЯ , розчин для інфузій, 9 500 мл у флаконах; по 100 мл у флаконі; по 40 флакон флаконі; по 20 флаконів у коробці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311381-24/3-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИДУ РОЗЧИН ІЗОТОНІЧНИЙ 0,9% Б флаконів у картонній коробці; по 250 мл, або по 500 мл**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311381-24/3-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИДУ РОЗЧИН ІЗОТОНІЧНИЙ 0,9% Б флаконів у картонній коробці; по 250 мл, або по 500 мл**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311381-24/3-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ХЛОРИДУ РОЗЧИН ІЗОТОНІЧНИЙ 0,9% Б флаконів у картонній коробці; по 250 мл, або по 500 мл**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304592-23/3-134 від 06.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТУБІОТИН, таблетки по 5 мг по 30 таблеток у бліст українською мовою**
Заявник	**Альпен Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304592-23/3-134 від 06.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТУБІОТИН, таблетки по 5 мг по 30 таблеток у бліст українською мовою**
Заявник	**Альпен Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304592-23/3-134 від 06.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТУБІОТИН, таблетки по 5 мг по 30 таблеток у бліст українською мовою**
Заявник	**Альпен Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304595-23/3-134 від 06.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТУБІОТИН, таблетки по 10 мг по 30 таблеток у бліс українською мовою**
Заявник	**Альпен Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304595-23/3-134 від 06.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТУБІОТИН, таблетки по 10 мг по 30 таблеток у бліс українською мовою**
Заявник	**Альпен Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304595-23/3-134 від 06.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТУБІОТИН, таблетки по 10 мг по 30 таблеток у бліс українською мовою**
Заявник	**Альпен Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312036-24/В-28 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАФТИФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок кристалічний застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацев**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312036-24/В-28 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАФТИФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок кристалічний застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацев**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312036-24/В-28 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАФТИФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок кристалічний застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацев**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306899-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕВАНАК®, краплі очні, суспензія, 1 мг/мл; по 5 мл у очні, суспензія, 3 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниц**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306899-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕВАНАК®, краплі очні, суспензія, 1 мг/мл; по 5 мл у очні, суспензія, 3 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниц**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306899-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕВАНАК®, краплі очні, суспензія, 1 мг/мл; по 5 мл у очні, суспензія, 3 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниц**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306899-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕВАНАК®, краплі очні, суспензія, 1 мг/мл; по 5 мл у очні, суспензія, 3 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниц**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306899-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕВАНАК®, краплі очні, суспензія, 1 мг/мл; по 5 мл у очні, суспензія, 3 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниц**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306899-23/З-121 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕВАНАК®, краплі очні, суспензія, 1 мг/мл; по 5 мл у очні, суспензія, 3 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниц**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303038-23/В-97 від 13.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕВРАЛОН, розчин для ін'єкцій, по 2 мл в ампулі; по чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303038-23/В-97 від 13.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕВРАЛОН, розчин для ін'єкцій, по 2 мл в ампулі; по чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303038-23/В-97 від 13.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕВРАЛОН, розчин для ін'єкцій, по 2 мл в ампулі; по чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309068-24/В-137 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІГІСЕМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309068-24/B-137 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІГІСЕМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309068-24/В-137 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІГІСЕМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309068-24/В-137 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІГІСЕМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309068-24/B-137 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІГІСЕМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309068-24/В-137 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІГІСЕМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305529-23/З-61, 305530-23/З-61, 305531-23/З-61 від 21.11.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД РІХТЕР, суспензія оральна, 220 мг/5 картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305529-23/3-61, 305530-23/3-61, 305531-23/3-61 від 21.11.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД РІХТЕР, суспензія оральна, 220 мг/5 картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305529-23/3-61, 305530-23/3-61, 305531-23/3-61 від 21.11.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД РІХТЕР, суспензія оральна, 220 мг/5 картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306251-23/3-45, 306252-23/3-45, 306253-23/3-45 від 05.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАГРА ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонк оболонкою, у блістері; по 1 блістеру у картонній короб 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірм**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306251-23/3-45, 306252-23/3-45, 306253-23/3-45 від 05.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАГРА ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонк оболонкою, у блістері; по 1 блістеру у картонній коробк 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірм**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306251-23/3-45, 306252-23/3-45, 306253-23/3-45 від 05.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАГРА ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонк оболонкою, у блістері; по 1 блістеру у картонній коробк 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірм**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306251-23/3-45, 306252-23/3-45, 306253-23/3-45 від 05.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАГРА ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонк оболонкою, у блістері; по 1 блістеру у картонній короб 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірм**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306251-23/3-45, 306252-23/3-45, 306253-23/3-45 від 05.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАГРА ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонк оболонкою, у блістері; по 1 блістеру у картонній коробк 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірм**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306251-23/3-45, 306252-23/3-45, 306253-23/3-45 від 05.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАГРА ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонк оболонкою, у блістері; по 1 блістеру у картонній коробк 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірм**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/З-45, 310869-24/З-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/3-45, 310869-24/3-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/3-45, 310869-24/3-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/З-45, 310869-24/З-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/3-45, 310869-24/3-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/3-45, 310869-24/3-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/З-45, 310869-24/З-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/3-45, 310869-24/3-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/3-45, 310869-24/3-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/З-45, 310869-24/З-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/3-45, 310869-24/3-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310868-24/3-45, 310869-24/3-45 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКС®-500; НОВОКС®-750, таблетки, вкриті плів по 1 блістеру в картонній упаковці; in bulk: по 1000 таб**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308952-24/3-98 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОРАПІД® ФЛЕКСПЕН®, розчин для ін`єкцій, 100 одноразовій шприц-ручці; по 1 або 5 шприц-ручок у ка**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308952-24/3-98 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОРАПІД® ФЛЕКСПЕН®, розчин для ін`єкцій, 10(одноразовій шприц-ручці; по 1 або 5 шприц-ручок у ка**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308952-24/3-98 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОРАПІД® ФЛЕКСПЕН®, розчин для ін`єкцій, 10(одноразовій шприц-ручці; по 1 або 5 шприц-ручок у ка**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310021-24/З-60, 310022-24/З-60 від 09.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОМІГРЕН БОСНАЛЕК®, таблетки, вкриті плівково**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310021-24/3-60, 310022-24/3-60 від 09.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОМІГРЕН БОСНАЛЕК®, таблетки, вкриті плівково**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310021-24/3-60, 310022-24/3-60 від 09.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОМІГРЕН БОСНАЛЕК®, таблетки, вкриті плівково**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309032-24/В-28 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОРМОВЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309032-24/В-28 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОРМОВЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою т таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309032-24/В-28 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОРМОВЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302944-23/З-124, 302945-23/З-124 від 11.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУТРИНІЛ ПД4 З 1,1% ВМІСТОМ АМІНОКИСЛОТ, по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним комплектів у картонній коробці з маркуванням україн по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним з'єднувача порожнім мішком для дренажу, вкладених маркуванням українською та іноземними мовами**
Заявник	**Бакстер Хелскеа С.А., Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302944-23/3-124, 302945-23/3-124 від 11.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУТРИНІЛ ПД4 З 1,1% ВМІСТОМ АМІНОКИСЛОТ, по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним комплектів у картонній коробці з маркуванням україн по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним з'єднувача порожнім мішком для дренажу, вкладених маркуванням українською та іноземними мовами**
Заявник	**Бакстер Хелскеа С.А., Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302944-23/3-124, 302945-23/3-124 від 11.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУТРИНІЛ ПД4 З 1,1% ВМІСТОМ АМІНОКИСЛОТ, по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним комплектів у картонній коробці з маркуванням україн по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним з'єднувача порожнім мішком для дренажу, вкладених маркуванням українською та іноземними мовами**
Заявник	**Бакстер Хелскеа С.А., Ірландія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309035-24/3-45 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАЛАК, концентрат для розчину для інфузій по 5 м**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309035-24/3-45 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАЛАК, концентрат для розчину для інфузій по 5 м**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309035-24/3-45 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАЛАК, концентрат для розчину для інфузій по 5 м**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300479-23/З-100 від 30.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАГАМ, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 50 мл, або коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300479-23/З-100 від 30.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАГАМ, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 50 мл, або коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300479-23/З-100 від 30.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАГАМ, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 50 мл, або коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308053-24/3-140 від 02.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТОСТИМ, розчин для ін'єкцій, 15 мкг/мл; по 1 мл в**
Заявник	**Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308053-24/3-140 від 02.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТОСТИМ, розчин для ін'єкцій, 15 мкг/мл; по 1 мл в**
Заявник	**Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308053-24/3-140 від 02.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТОСТИМ, розчин для ін'єкцій, 15 мкг/мл; по 1 мл в**
Заявник	**Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312813-24/3-96 від 27.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛОПАТАДИНУ ГІДРОХЛОРИД, кристалічний поро застосування**
Заявник	**Ф.І.С. - Фаббріка Італіана Сінтетічі С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312813-24/3-96 від 27.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛОПАТАДИНУ ГІДРОХЛОРИД, кристалічний поро застосування**
Заявник	**Ф.І.С. - Фаббріка Італіана Сінтетічі С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312813-24/3-96 від 27.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛОПАТАДИНУ ГІДРОХЛОРИД, кристалічний поро застосування**
Заявник	**Ф.І.С. - Фаббріка Італіана Сінтетічі С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297626-23/3-28, 297627-23/3-28 від 12.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕЗ ІНСТА, порошок для оральної суспензії по 20 м**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297626-23/3-28, 297627-23/3-28 від 12.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕЗ ІНСТА, порошок для оральної суспензії по 20 м**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297626-23/3-28, 297627-23/3-28 від 12.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕЗ ІНСТА, порошок для оральної суспензії по 20 м**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312232-24/3-60 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ, порошок для розчину для ін'єкцій по 40 100 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312232-24/3-60 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ, порошок для розчину для ін'єкцій по 40 100 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312232-24/3-60 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ, порошок для розчину для ін'єкцій по 40 100 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312232-24/3-60 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ, порошок для розчину для ін'єкцій по 40 100 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312232-24/3-60 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ, порошок для розчину для ін'єкцій по 40 100 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312232-24/3-60 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ, порошок для розчину для ін'єкцій по 40 100 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311428-24/В-45 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ, капсули тверді кишковорозчинні по 20**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311428-24/В-45 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ, капсули тверді кишковорозчинні по 20**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311428-24/В-45 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ, капсули тверді кишковорозчинні по 20**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311152-24/3-146 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ 20 АНАНТА, капсули по 20 мг по 10 кап**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311152-24/3-146 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ 20 АНАНТА, капсули по 20 мг по 10 кап**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311152-24/3-146 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ 20 АНАНТА, капсули по 20 мг по 10 кап**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310994-24/З-121 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ АНАНТА, капсули з модифікованим ви картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310994-24/3-121 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ АНАНТА, капсули з модифікованим ви картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310994-24/3-121 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ АНАНТА, капсули з модифікованим ви картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312551-24/В-144 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ АСТРА, порошок для розчину для ін'єкц**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312551-24/В-144 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ АСТРА, порошок для розчину для ін'єкц**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312551-24/В-144 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ АСТРА, порошок для розчину для ін'єкц**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303000-23/B-145, 303001-23/B-145, 303002-23/B-145, 3030**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНАДРЕН® 250, розчин олійний для ін'єкцій; по 1 м**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303000-23/B-145, 303001-23/B-145, 303002-23/B-145, 3030**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНАДРЕН® 250, розчин олійний для ін'єкцій; по 1 м**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303000-23/B-145, 303001-23/B-145, 303002-23/B-145, 3030**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНАДРЕН® 250, розчин олійний для ін'єкцій; по 1 м**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311903-24/B-39, 311905-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНОПОН НЕО , розчин для ін`єкцій по 1 мл в ампул картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311903-24/B-39, 311905-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНОПОН НЕО , розчин для ін`єкцій по 1 мл в ампул картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311903-24/B-39, 311905-24/B-39 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНОПОН НЕО , розчин для ін`єкцій по 1 мл в ампул картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**292545-23/3-82 від 17.04.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНІТЕК®, лак для нігтів лікувальний, 80 мг/г, по 3,3 а аплікатором; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Полікем С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**292545-23/3-82 від 17.04.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНІТЕК®, лак для нігтів лікувальний, 80 мг/г, по 3,3 а аплікатором; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Полікем С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**292545-23/3-82 від 17.04.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНІТЕК®, лак для нігтів лікувальний, 80 мг/г, по 3,3 а аплікатором; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Полікем С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304469-23/3-116 від 02.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРАМОРФ, розчин оральний, 2 мг/мл; по 100 мл у фла відкриття дітьми та мірною піпеткою у картонній упак**
Заявник	**Л. Молтені і К. деі Фрателлі Алітті Сосіета ді Езерчиціо**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304469-23/3-116 від 02.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРАМОРФ, розчин оральний, 2 мг/мл; по 100 мл у фла відкриття дітьми та мірною піпеткою у картонній упак**
Заявник	**Л. Молтені і К. деі Фрателлі Алітті Сосіета ді Езерчиціо**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304469-23/З-116 від 02.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРАМОРФ, розчин оральний, 2 мг/мл; по 100 мл у фла відкриття дітьми та мірною піпеткою у картонній упак**
Заявник	**Л. Молтені і К. деі Фрателлі Алітті Сосіета ді Езерчиціо**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293076-23/3-124 від 25.04.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОТРИВІН З МЕНТОЛОМ ТА ЕВКАЛІПТОМ, спрей н розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Халеон КХ САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293076-23/3-124 від 25.04.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОТРИВІН З МЕНТОЛОМ ТА ЕВКАЛІПТОМ, спрей н розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Халеон КХ САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293076-23/3-124 від 25.04.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОТРИВІН З МЕНТОЛОМ ТА ЕВКАЛІПТОМ, спрей н розпилювачем; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Халеон КХ САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**283718-22/3-84 від 09.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг та по 150 мг; по 10 ка**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**283718-22/3-84 від 09.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг та по 150 мг; по 10 ка**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**283718-22/3-84 від 09.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг та по 150 мг; по 10 ка**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**283718-22/3-84 від 09.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг та по 150 мг; по 10 ка**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**283718-22/3-84 від 09.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг та по 150 мг; по 10 ка**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**283718-22/3-84 від 09.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг та по 150 мг; по 10 ка**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310268-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАГАМАКС, капсули по 75 мг, 150 мг, 300 мг по 14 ка**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310268-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАГАМАКС, капсули по 75 мг, 150 мг, 300 мг по 14 ка**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310268-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАГАМАКС, капсули по 75 мг, 150 мг, 300 мг по 14 ка**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310268-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАГАМАКС, капсули по 75 мг, 150 мг, 300 мг по 14 ка**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310268-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАГАМАКС, капсули по 75 мг, 150 мг, 300 мг по 14 ка**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310268-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАГАМАКС, капсули по 75 мг, 150 мг, 300 мг по 14 ка**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310268-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАГАМАКС, капсули по 75 мг, 150 мг, 300 мг по 14 ка**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310268-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАГАМАКС, капсули по 75 мг, 150 мг, 300 мг по 14 ка**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310268-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАГАМАКС, капсули по 75 мг, 150 мг, 300 мг по 14 ка**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ ПАЗАРЛАМА ВЕ САНАЇ ЛТД. ШІРКЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300258-23/3-96, 300259-23/3-96 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину дл (150 мг), або 35 мл (210 мг), або 50 мл (300 мг) у флакон**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300258-23/3-96, 300259-23/3-96 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину дл (150 мг), або 35 мл (210 мг), або 50 мл (300 мг) у флакон**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300258-23/3-96, 300259-23/3-96 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину дл (150 мг), або 35 мл (210 мг), або 50 мл (300 мг) у флакон**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307616-23/3-139 від 21.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ АККОРД, концентрат для розчину дл (300 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307616-23/3-139 від 21.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ АККОРД, концентрат для розчину дл (300 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307616-23/3-139 від 21.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ АККОРД, концентрат для розчину дл (300 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305036-23/3-61, 305037-23/3-61, 305040-23/3-61, 305043-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНЗИНОРМ® 10000, капсули по 7 капсул у блістері;**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305036-23/3-61, 305037-23/3-61, 305040-23/3-61, 305043-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНЗИНОРМ® 10000, капсули по 7 капсул у блістері;**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305036-23/3-61, 305037-23/3-61, 305040-23/3-61, 305043-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНЗИНОРМ® 10000, капсули по 7 капсул у блістері;**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305668-23/3-61, 305669-23/3-61, 305670-23/3-61, 305671-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНЗИНОРМ® ФОРТЕ 20 000, таблетки, вкриті плівк блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305668-23/3-61, 305669-23/3-61, 305670-23/3-61, 305671-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНЗИНОРМ® ФОРТЕ 20 000, таблетки, вкриті плівк блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305668-23/3-61, 305669-23/3-61, 305670-23/3-61, 305671-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНЗИНОРМ® ФОРТЕ 20 000, таблетки, вкриті плівк блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288852-23/В-39 від 15.02.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКАЛОР® ФОРТЕ, таблетки шипучі, по 600 мг, по**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288852-23/В-39 від 15.02.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКАЛОР® ФОРТЕ, таблетки шипучі, по 600 мг, по**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**288852-23/В-39 від 15.02.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКАЛОР® ФОРТЕ, таблетки шипучі, по 600 мг, по**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311033-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНОЦИД 40, таблетки, вкриті оболонкою, кишковор пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311033-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНОЦИД 40, таблетки, вкриті оболонкою, кишковор пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311033-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНОЦИД 40, таблетки, вкриті оболонкою, кишковор пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304690-23/3-45 від 08.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТАСАН, порошок ліофілізований для приготуван картонній коробці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304690-23/3-45 від 08.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТАСАН, порошок ліофілізований для приготуван картонній коробці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304690-23/3-45 від 08.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТАСАН, порошок ліофілізований для приготуван картонній коробці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311790-24/B-96, 311791-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТЕНОЛ-ЗДОРОВ'Я ПЛЮС, крем по 20 г, або по 4**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311790-24/B-96, 311791-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТЕНОЛ-ЗДОРОВ'Я ПЛЮС, крем по 20 г, або по 4**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311790-24/B-96, 311791-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТЕНОЛ-ЗДОРОВ'Я ПЛЮС, крем по 20 г, або по 4**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306054-23/B-06 від 30.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТОПРАЗОЛ-ТЕВА, таблетки гастрорезистентні п 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в коробці;по 14 таб блістері, по 2 блістери в коробці.**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306054-23/B-06 від 30.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТОПРАЗОЛ-ТЕВА, таблетки гастрорезистентні п 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в коробці;по 14 таб блістері, по 2 блістери в коробці.**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306054-23/B-06 від 30.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТОПРАЗОЛ-ТЕВА, таблетки гастрорезистентні п 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в коробці;по 14 таб блістері, по 2 блістери в коробці.**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311377-24/З-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ Б. БРАУН 10 МГ/МЛ, розчин для ін коробці; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 10 флаконів**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311377-24/3-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ Б. БРАУН 10 МГ/МЛ, розчин для ін коробці; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 10 флаконів**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311377-24/З-143 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ Б. БРАУН 10 МГ/МЛ, розчин для ін коробці; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 10 флаконів**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311271-24/З-143 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ Б. БРАУН 10 МГ/МЛ, розчин для ін коробці; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 10 флаконів**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311271-24/З-143 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ Б. БРАУН 10 МГ/МЛ, розчин для ін коробці; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 10 флаконів**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311271-24/З-143 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ Б. БРАУН 10 МГ/МЛ, розчин для ін коробці; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 10 флаконів**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**284648-22/В-45 від 30.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЛТА®, таблетки гастрорезистентні, по 20 мг або 40**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**284648-22/В-45 від 30.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЛТА®, таблетки гастрорезистентні, по 20 мг або 40**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**284648-22/В-45 від 30.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЛТА®, таблетки гастрорезистентні, по 20 мг або 40**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**284648-22/В-45 від 30.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЛТА®, таблетки гастрорезистентні, по 20 мг або 40**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**284648-22/В-45 від 30.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЛТА®, таблетки гастрорезистентні, по 20 мг або 40**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**284648-22/В-45 від 30.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЛТА®, таблетки гастрорезистентні, по 20 мг або 40**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312545-24/3-82 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРГОВЕРІС®, порошок та розчинник для розчину дл флаконами з 1 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у кон в коробці; 5 флаконів з порошком у комплекті з 5 флак чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковк**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312545-24/3-82 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРГОВЕРІС®, порошок та розчинник для розчину дл флаконами з 1 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у кон в коробці; 5 флаконів з порошком у комплекті з 5 флак чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковк**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312545-24/3-82 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРГОВЕРІС®, порошок та розчинник для розчину дл флаконами з 1 мл розчинника (вода для ін'єкцій) у кон в коробці; 5 флаконів з порошком у комплекті з 5 флак чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковк**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблет по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблето по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній к коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблето по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній к коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблет по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблето по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній к коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблето по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній к коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблет по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблето по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній к коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблето по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній к коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблет по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблето по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній к коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308930-24/B-06 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРИТАН, таблетки по 0,25 мг або 1,0 мг, по 10 таблето по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у картонній к коробці; по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у ка**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301725-23/3-61 від 20.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПК-МЕРЦ, розчин для інфузій, 0,4 мг/мл по 500 мл у ф**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301725-23/3-61 від 20.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПК-МЕРЦ, розчин для інфузій, 0,4 мг/мл по 500 мл у ф**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301725-23/3-61 від 20.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПК-МЕРЦ, розчин для інфузій, 0,4 мг/мл по 500 мл у ф**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301704-23/3-92 від 20.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПК-МЕРЦ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301704-23/3-92 від 20.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПК-МЕРЦ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301704-23/3-92 від 20.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПК-МЕРЦ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311792-24/B-96, 311793-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій 500 мг/4 мл або 1000 мг/ коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311792-24/B-96, 311793-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій 500 мг/4 мл або 1000 мг/ коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311792-24/B-96, 311793-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій 500 мг/4 мл або 1000 мг/ коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311792-24/B-96, 311793-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій 500 мг/4 мл або 1000 мг/ коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311792-24/B-96, 311793-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій 500 мг/4 мл або 1000 мг/ коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311792-24/B-96, 311793-24/B-96 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій 500 мг/4 мл або 1000 мг/ коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310630-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, капсули по 75 мг або капсу або по 3, або по 4, або по 8 контурних чарункових упак капсули по 300 мг - по 7 капсул у контурній чарунковій**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310630-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, капсули по 75 мг або капсу або по 3, або по 4, або по 8 контурних чарункових упак капсули по 300 мг - по 7 капсул у контурній чарунковій**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310630-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, капсули по 75 мг або капсу або по 3, або по 4, або по 8 контурних чарункових упак капсули по 300 мг - по 7 капсул у контурній чарунковій**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310630-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, капсули по 75 мг або капсу або по 3, або по 4, або по 8 контурних чарункових упак капсули по 300 мг - по 7 капсул у контурній чарунковій**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310630-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, капсули по 75 мг або капсу або по 3, або по 4, або по 8 контурних чарункових упак капсули по 300 мг - по 7 капсул у контурній чарунковій**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310630-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, капсули по 75 мг або капсу або по 3, або по 4, або по 8 контурних чарункових упак капсули по 300 мг - по 7 капсул у контурній чарунковій**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310631-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, розчин оральний, 20 мг/мл контролем першого розкриття; по 1 флакону зі шприц**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310631-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, розчин оральний, 20 мг/мл контролем першого розкриття; по 1 флакону зі шприц**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310631-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, розчин оральний, 20 мг/мл контролем першого розкриття; по 1 флакону зі шприц**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310630-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, капсули по 75 мг або капсу або по 3, або по 4, або по 8 контурних чарункових упак капсули по 300 мг - по 7 капсул у контурній чарунковій**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310630-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, капсули по 75 мг або капсу або по 3, або по 4, або по 8 контурних чарункових упак капсули по 300 мг - по 7 капсул у контурній чарунковій**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310630-24/В-61 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБАЛІН-ДАРНИЦЯ, капсули по 75 мг або капсу або по 3, або по 4, або по 8 контурних чарункових упак капсули по 300 мг - по 7 капсул у контурній чарунковій**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311427-24/B-45 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг або по 8 мг, по 10 табле**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311427-24/В-45 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг або по 8 мг, по 10 табле**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311427-24/B-45 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг або по 8 мг, по 10 табле**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311427-24/B-45 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг або по 8 мг, по 10 табле**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311427-24/В-45 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг або по 8 мг, по 10 табле**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311427-24/B-45 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг або по 8 мг, по 10 табле**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289273-23/3-100, 289274-23/3-100, 289275-23/3-100, 30589**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг, 5 мг по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289273-23/3-100, 289274-23/3-100, 289275-23/3-100, 30589**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг, 5 мг по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289273-23/3-100, 289274-23/3-100, 289275-23/3-100, 30589**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг, 5 мг по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289273-23/3-100, 289274-23/3-100, 289275-23/3-100, 30589**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг, 5 мг по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289273-23/3-100, 289274-23/3-100, 289275-23/3-100, 30589**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг, 5 мг по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289273-23/3-100, 289274-23/3-100, 289275-23/3-100, 30589**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг, 5 мг по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293203-23/3-98, 293206-23/3-140, 293207-23/3-140 від 27.0**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг; 5 мг; по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293203-23/3-98, 293206-23/3-140, 293207-23/3-140 від 27.0**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг; 5 мг; по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293203-23/3-98, 293206-23/3-140, 293207-23/3-140 від 27.0**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг; 5 мг; по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293203-23/3-98, 293206-23/3-140, 293207-23/3-140 від 27.0**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг; 5 мг; по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293203-23/3-98, 293206-23/3-140, 293207-23/3-140 від 27.0**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг; 5 мг; по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293203-23/3-98, 293206-23/3-140, 293207-23/3-140 від 27.0**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг; 5 мг; по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293203-23/3-98, 293206-23/3-140, 293207-23/3-140 від 27.0**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг; 5 мг; по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293203-23/З-98, 293206-23/З-140, 293207-23/З-140 від 27.0**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг; 5 мг; по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293203-23/3-98, 293206-23/3-140, 293207-23/3-140 від 27.0**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг; 5 мг; по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293364-23/З-82, 293365-23/З-82, 293366-23/З-82 від 02.05.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, концентрат для приготування розчину дл ампул у пластиковій чарунковій упаковці; по 1 упаков**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293364-23/З-82, 293365-23/З-82, 293366-23/З-82 від 02.05.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, концентрат для приготування розчину дл ампул у пластиковій чарунковій упаковці; по 1 упаков**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**293364-23/З-82, 293365-23/З-82, 293366-23/З-82 від 02.05.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, концентрат для приготування розчину дл ампул у пластиковій чарунковій упаковці; по 1 упаков**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289261-23/3-100, 289264-23/3-100, 289493-23/3-100, 30642**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, концентрат для приготування розчину дл ампул у пластиковій чарунковій упаковці; по 1 упаков**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289261-23/3-100, 289264-23/3-100, 289493-23/3-100, 30642**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, концентрат для приготування розчину дл ампул у пластиковій чарунковій упаковці; по 1 упаков**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289261-23/3-100, 289264-23/3-100, 289493-23/3-100, 30642**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, концентрат для приготування розчину дл ампул у пластиковій чарунковій упаковці; по 1 упаков**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289273-23/3-100, 289274-23/3-100, 289275-23/3-100, 30589**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг, 5 мг по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289273-23/3-100, 289274-23/3-100, 289275-23/3-100, 30589**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг, 5 мг по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289273-23/3-100, 289274-23/3-100, 289275-23/3-100, 30589**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; 1 мг, 5 мг по 10 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307775-23/3-28, 307776-23/3-28 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОЗАН® НЕО, супозиторії ректальні по 5 супоз**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Республіка Сербія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307775-23/3-28, 307776-23/3-28 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОЗАН® НЕО, супозиторії ректальні по 5 супози**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Республіка Сербія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307775-23/3-28, 307776-23/3-28 від 26.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОЗАН® НЕО, супозиторії ректальні по 5 супози**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Республіка Сербія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311252-24/З-124 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПОФОЛ-ЛІПУРО 1%, емульсія для інфузій, 10 мг або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній ко**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311252-24/3-124 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПОФОЛ-ЛІПУРО 1%, емульсія для інфузій, 10 мг або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній ко**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311252-24/3-124 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПОФОЛ-ЛІПУРО 1%, емульсія для інфузій, 10 мг або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній ко**
Заявник	**Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309010-24/3-124 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕБІФ®, розчин для ін'єкцій по 22 мкг (6 млн МО) / 0,5 попередньо заповнених шприців у картонній коробці; р попередньо заповненому шприцу; по 3 або 12 попередн**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309010-24/3-124 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕБІФ®, розчин для ін'єкцій по 22 мкг (6 млн МО) / 0,5 попередньо заповнених шприців у картонній коробці; р попередньо заповненому шприцу; по 3 або 12 попередн**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309010-24/3-124 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕБІФ®, розчин для ін'єкцій по 22 мкг (6 млн МО) / 0,5 попередньо заповнених шприців у картонній коробці; р попередньо заповненому шприцу; по 3 або 12 попередн**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309010-24/3-124 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕБІФ®, розчин для ін'єкцій по 22 мкг (6 млн МО) / 0,5 попередньо заповнених шприців у картонній коробці; р попередньо заповненому шприцу; по 3 або 12 попередн**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309010-24/3-124 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕБІФ®, розчин для ін'єкцій по 22 мкг (6 млн МО) / 0,5 попередньо заповнених шприців у картонній коробці; р попередньо заповненому шприцу; по 3 або 12 попередн**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309010-24/3-124 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕБІФ®, розчин для ін'єкцій по 22 мкг (6 млн МО) / 0,5 попередньо заповнених шприців у картонній коробці; р попередньо заповненому шприцу; по 3 або 12 попередн**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311458-24/В-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЗІСТОЛ®-ТАБ, таблетки, вкриті плівковою оболон**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311458-24/В-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЗІСТОЛ®-ТАБ, таблетки, вкриті плівковою оболон**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311458-24/В-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЗІСТОЛ®-ТАБ, таблетки, вкриті плівковою оболон**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300313-23/3-98 від 25.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМІФЕМІН®, таблетки по 20 таблеток у блістері, по**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300313-23/3-98 від 25.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМІФЕМІН®, таблетки по 20 таблеток у блістері, по**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300313-23/3-98 від 25.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМІФЕМІН®, таблетки по 20 таблеток у блістері, по**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289784-23/3-82, 289785-23/3-82, 289786-23/3-82 від 01.03.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕПЛАГАЛ, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг коробці**
Заявник	**Такеда Фармасьютікалз Інтернешнл АГ Ірландія Брен**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289784-23/3-82, 289785-23/3-82, 289786-23/3-82 від 01.03.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕПЛАГАЛ, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг коробці**
Заявник	**Такеда Фармасьютікалз Інтернешнл АГ Ірландія Брен**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**289784-23/3-82, 289785-23/3-82, 289786-23/3-82 від 01.03.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕПЛАГАЛ, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг коробці**
Заявник	**Такеда Фармасьютікалз Інтернешнл АГ Ірландія Брен**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297946-23/3-61 від 18.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПІБРОН, таблетки сублінгвальні по 10 таблеток у**
Заявник	**Лаллеманд Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297946-23/3-61 від 18.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПІБРОН, таблетки сублінгвальні по 10 таблеток у**
Заявник	**Лаллеманд Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**297946-23/3-61 від 18.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСПІБРОН, таблетки сублінгвальні по 10 таблеток у**
Заявник	**Лаллеманд Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250190-20/З-132 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС МОНО, спрей назальний, дозований, суспен флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим**
Заявник	**Гленмарк Спешіалті С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250190-20/З-132 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС МОНО, спрей назальний, дозований, суспен флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим**
Заявник	**Гленмарк Спешіалті С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250190-20/З-132 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС МОНО, спрей назальний, дозований, суспен флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим**
Заявник	**Гленмарк Спешіалті С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301772-23/3-128, 301773-23/3-128, 301774-23/3-128, 30177 301779-23/3-128, 301780-23/3-128, 301781-23/3-128, 30178**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІОПАН, суспензія оральна, 800 мг/10 мл; по 10 мл в са**
Заявник	**Такеда ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301772-23/3-128, 301773-23/3-128, 301774-23/3-128, 30177 301779-23/3-128, 301780-23/3-128, 301781-23/3-128, 30178**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІОПАН, суспензія оральна, 800 мг/10 мл; по 10 мл в са**
Заявник	**Такеда ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301772-23/3-128, 301773-23/3-128, 301774-23/3-128, 30177 301779-23/3-128, 301780-23/3-128, 301781-23/3-128, 30178**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІОПАН, суспензія оральна, 800 мг/10 мл; по 10 мл в са**
Заявник	**Такеда ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302087-23/З-82, 302088-23/З-82, 302089-23/З-82, 302090-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІОПАН, суспензія оральна, 800 мг/10 мл, по 10 мл в са**
Заявник	**Такеда ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302087-23/З-82, 302088-23/З-82, 302089-23/З-82, 302090-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІОПАН, суспензія оральна, 800 мг/10 мл, по 10 мл в са**
Заявник	**Такеда ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302087-23/З-82, 302088-23/З-82, 302089-23/З-82, 302090-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІОПАН, суспензія оральна, 800 мг/10 мл, по 10 мл в са**
Заявник	**Такеда ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311371-24/3-138, 311621-24/3-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболон у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311457-24/В-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболон пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311457-24/В-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболон пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311457-24/В-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболон пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311457-24/В-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболон пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311457-24/В-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболон пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311457-24/В-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН, таблетки, вкриті плівковою оболон пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304815-23/B-28 від 08.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РУПАТАДИНУ ФУМАРАТ, порошок (субстанція) у мі застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304815-23/В-28 від 08.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РУПАТАДИНУ ФУМАРАТ, порошок (субстанція) у мі застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304815-23/B-28 від 08.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РУПАТАДИНУ ФУМАРАТ, порошок (субстанція) у мі застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311863-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САГРАДА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311863-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САГРАДА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311863-24/B-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САГРАДА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311139-24/З-124 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКСЕНДА®, розчин для ін'єкцій, 6 мг/мл; по 3 мл у к одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 попередньо запо**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311139-24/З-124 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКСЕНДА®, розчин для ін'єкцій, 6 мг/мл; по 3 мл у к одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 попередньо запо**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311139-24/З-124 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКСЕНДА®, розчин для ін'єкцій, 6 мг/мл; по 3 мл у к одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 попередньо запо**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310512-24/З-146 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САЛЬБУТАМОЛ, аерозоль для інгаляцій, дозований, 1 картону**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310512-24/3-146 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САЛЬБУТАМОЛ, аерозоль для інгаляцій, дозований, 1 картону**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310512-24/3-146 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САЛЬБУТАМОЛ, аерозоль для інгаляцій, дозований, 1 картону**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309938-24/В-116 від 07.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САЛЬБУТАМОЛ-НЕО, інгаляція під тиском, 100 мкг/д картону**
Заявник	**ТОВ "Мікрофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309938-24/В-116 від 07.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САЛЬБУТАМОЛ-НЕО, інгаляція під тиском, 100 мкг/д картону**
Заявник	**ТОВ "Мікрофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309938-24/В-116 від 07.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САЛЬБУТАМОЛ-НЕО, інгаляція під тиском, 100 мкг/д картону**
Заявник	**ТОВ "Мікрофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278728-22/3-128, 278729-22/3-128, 278730-22/3-128, 27873** **278735-22/3-128, 278736-22/3-128, 278737-22/3-128, 27873** **278743-22/3-128, 278745-22/3-128, 278746-22/3-128 від 01.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНДОСТАТИН®, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/1 мл; 0**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278728-22/3-128, 278729-22/3-128, 278730-22/3-128, 27873 278735-22/3-128, 278736-22/3-128, 278737-22/3-128, 27873 278743-22/3-128, 278745-22/3-128, 278746-22/3-128 від 01.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНДОСТАТИН®, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/1 мл; 0**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278728-22/3-128, 278729-22/3-128, 278730-22/3-128, 27873 278735-22/3-128, 278736-22/3-128, 278737-22/3-128, 27873 278743-22/3-128, 278745-22/3-128, 278746-22/3-128 від 01.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНДОСТАТИН®, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/1 мл; 0**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278728-22/3-128, 278729-22/3-128, 278730-22/3-128, 27873** **278735-22/3-128, 278736-22/3-128, 278737-22/3-128, 27873** **278743-22/3-128, 278745-22/3-128, 278746-22/3-128 від 01.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНДОСТАТИН®, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/1 мл; 0**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278728-22/3-128, 278729-22/3-128, 278730-22/3-128, 27873 278735-22/3-128, 278736-22/3-128, 278737-22/3-128, 27873 278743-22/3-128, 278745-22/3-128, 278746-22/3-128 від 01.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНДОСТАТИН®, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/1 мл; 0**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278728-22/3-128, 278729-22/3-128, 278730-22/3-128, 27873 278735-22/3-128, 278736-22/3-128, 278737-22/3-128, 27873 278743-22/3-128, 278745-22/3-128, 278746-22/3-128 від 01.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНДОСТАТИН®, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/1 мл; 0**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311416-24/B-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕВЕЛАМЕР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311416-24/В-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕВЕЛАМЕР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311416-24/B-138 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕВЕЛАМЕР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302986-23/3-134, 305344-23/3-121 від 12.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕВОРАН®, рідина для інгаляцій 100 % по 250 мл у пл в картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302986-23/3-134, 305344-23/3-121 від 12.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕВОРАН®, рідина для інгаляцій 100 % по 250 мл у пл в картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302986-23/З-134, 305344-23/З-121 від 12.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕВОРАН®, рідина для інгаляцій 100 % по 250 мл у пл в картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309767-24/3-60 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг № 500: по 20 таблеток у**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309767-24/3-60 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг № 500: по 20 таблеток у**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309767-24/3-60 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг № 500: по 20 таблеток у**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311026-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИЛДЕНАФІЛ 50 АНАНТА, СИЛДЕНАФІЛ 100 АНА мг по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці; по 1 т**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311026-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИЛДЕНАФІЛ 50 АНАНТА, СИЛДЕНАФІЛ 100 АНА мг по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці; по 1 т**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311026-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИЛДЕНАФІЛ 50 АНАНТА, СИЛДЕНАФІЛ 100 АНА мг по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці; по 1 т**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311026-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИЛДЕНАФІЛ 50 АНАНТА, СИЛДЕНАФІЛ 100 АНА мг по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці; по 1 т**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311026-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИЛДЕНАФІЛ 50 АНАНТА, СИЛДЕНАФІЛ 100 АНА мг по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці; по 1 т**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311026-24/3-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИЛДЕНАФІЛ 50 АНАНТА, СИЛДЕНАФІЛ 100 АНА мг по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці; по 1 т**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307734-23/B-61, 307735-23/B-61, 307736-23/B-61, 307737-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМЕТИКОН, рідина (субстанція) у барабанах поліет**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307734-23/В-61, 307735-23/В-61, 307736-23/В-61, 307737-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМЕТИКОН, рідина (субстанція) у барабанах поліет**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307734-23/В-61, 307735-23/В-61, 307736-23/В-61, 307737-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМЕТИКОН, рідина (субстанція) у барабанах поліет**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307686-23/B-60, 307687-23/B-60, 307688-23/B-60, 307689-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМЕТИКОН ЕМУЛЬСІЯ, рідина (субстанція) у бара**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307686-23/B-60, 307687-23/B-60, 307688-23/B-60, 307689-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМЕТИКОН ЕМУЛЬСІЯ, рідина (субстанція) у бара**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307686-23/В-60, 307687-23/В-60, 307688-23/В-60, 307689-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМЕТИКОН ЕМУЛЬСІЯ, рідина (субстанція) у бара**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310447-24/B-28, 310448-24/B-28, 313391-24/B-28 від 16.02**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНАФЛАН, мазь 0,025% по 15 г у тубі алюмінієвій; п**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310447-24/B-28, 310448-24/B-28, 313391-24/B-28 від 16.02**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНАФЛАН, мазь 0,025% по 15 г у тубі алюмінієвій; п**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310447-24/B-28, 310448-24/B-28, 313391-24/B-28 від 16.02**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНАФЛАН, мазь 0,025% по 15 г у тубі алюмінієвій; п**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305231-23/3-96 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНУПРЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою по 25 табл**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305231-23/3-96 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНУПРЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою по 25 табле**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305231-23/3-96 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНУПРЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою по 25 табле**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305232-23/3-96 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНУПРЕТ®ФОРТЕ, таблетки, вкриті оболонкою по таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній кор**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305232-23/3-96 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНУПРЕТ®ФОРТЕ, таблетки, вкриті оболонкою по таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній кор**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305232-23/3-96 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНУПРЕТ®ФОРТЕ, таблетки, вкриті оболонкою по таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній кор**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309467-24/З-60, 309468-24/З-60, 309469-24/З-60 від 30.01.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІМУЛЕКТ®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій/інфу (5 мл води для ін'єкцій) в ампулі, в картонній коробці;**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309467-24/З-60, 309468-24/З-60, 309469-24/З-60 від 30.01.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІМУЛЕКТ®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій/інфу (5 мл води для ін'єкцій) в ампулі, в картонній коробці;**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309467-24/З-60, 309468-24/З-60, 309469-24/З-60 від 30.01.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІМУЛЕКТ®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій/інфу (5 мл води для ін'єкцій) в ампулі, в картонній коробці;**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301229-23/З-82, 301230-23/З-82 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301229-23/З-82, 301230-23/З-82 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301229-23/З-82, 301230-23/З-82 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301229-23/З-82, 301230-23/З-82 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301229-23/З-82, 301230-23/З-82 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301229-23/З-82, 301230-23/З-82 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307833-23/3-137 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНЕГРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упак по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упак**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307833-23/3-137 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНЕГРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упак по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упак**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307833-23/3-137 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНЕГРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упак по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упак**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307833-23/3-137 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНЕГРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упак по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упак**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307833-23/3-137 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНЕГРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упак по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упак**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307833-23/3-137 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНЕГРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упак по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упак**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307833-23/3-137 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНЕГРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упак по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упак**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307833-23/3-137 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНЕГРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упак по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упак**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307833-23/3-137 від 27.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНЕГРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру у картонній упак по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упак**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309123-24/З-82, 309124-24/З-82 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛАНТРА®, крем, 10 мг/г; по 30 г у тубі; по 1 тубі в к**
Заявник	**Галдерма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309123-24/З-82, 309124-24/З-82 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛАНТРА®, крем, 10 мг/г; по 30 г у тубі; по 1 тубі в к**
Заявник	**Галдерма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309123-24/З-82, 309124-24/З-82 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛАНТРА®, крем, 10 мг/г; по 30 г у тубі; по 1 тубі в к**
Заявник	**Галдерма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303501-23/3-60 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛІДАГО КОМПОЗИТУМ С, розчин для ін'єкцій по 1 або 2, або по 20 контурних чарункових упаковок у ко**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303501-23/3-60 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛІДАГО КОМПОЗИТУМ С, розчин для ін'єкцій по 1 або 2, або по 20 контурних чарункових упаковок у ко**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303501-23/3-60 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛІДАГО КОМПОЗИТУМ С, розчин для ін'єкцій по 1 або 2, або по 20 контурних чарункових упаковок у ко**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312049-24/3-144 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛУ-КОРТЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по порошком у піддоні для транспортування (без вторинн**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312049-24/3-144 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛУ-КОРТЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по порошком у піддоні для транспортування (без вторинн**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312049-24/3-144 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛУ-КОРТЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по порошком у піддоні для транспортування (без вторинн**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312171-24/B-146, 312172-24/B-146 від 14.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРБЕНТОМАКС, гель оральний, 0,7 г/г по 135 г у ко пакетах подвійних з плівки поліетиленової**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312171-24/В-146, 312172-24/В-146 від 14.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРБЕНТОМАКС, гель оральний, 0,7 г/г по 135 г у ко пакетах подвійних з плівки поліетиленової**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312171-24/B-146, 312172-24/B-146 від 14.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРБЕНТОМАКС, гель оральний, 0,7 г/г по 135 г у ко пакетах подвійних з плівки поліетиленової**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312171-24/B-146, 312172-24/B-146 від 14.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРБЕНТОМАКС, гель оральний, 0,7 г/г по 135 г у ко пакетах подвійних з плівки поліетиленової**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312171-24/В-146, 312172-24/В-146 від 14.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРБЕНТОМАКС, гель оральний, 0,7 г/г по 135 г у ко пакетах подвійних з плівки поліетиленової**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312171-24/B-146, 312172-24/B-146 від 14.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРБЕНТОМАКС, гель оральний, 0,7 г/г по 135 г у ко пакетах подвійних з плівки поліетиленової**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311511-24/В-143 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРБІПЛЮС, порошок для оральної суспензії, по 3 г;**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311511-24/В-143 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРБІПЛЮС, порошок для оральної суспензії, по 3 г;**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311511-24/В-143 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРБІПЛЮС, порошок для оральної суспензії, по 3 г;**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311105-24/З-123 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗГО, таблетки; по 10 таблеток у блістері по 1 або 1**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311105-24/З-123 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗГО, таблетки; по 10 таблеток у блістері по 1 або 1**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311105-24/З-123 від 27.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗГО, таблетки; по 10 таблеток у блістері по 1 або 1**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312326-24/B-96 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРОНОЛАКТОН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 25 мг по чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312326-24/В-96 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРОНОЛАКТОН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 25 мг по чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312326-24/В-96 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРОНОЛАКТОН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 25 мг по чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312327-24/B-96 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРОНОЛАКТОН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 100 мг, по чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312327-24/В-96 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРОНОЛАКТОН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 100 мг, по чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312327-24/В-96 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРОНОЛАКТОН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 100 мг, по чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300969-23/В-138, 300972-23/В-138, 300975-23/В-138, 3009**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг:** **№28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у ка** **№84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **таблетки по 20 мг/25 мг:** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300969-23/В-138, 300972-23/В-138, 300975-23/В-138, 3009**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг:** **№28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у ка** **№84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **таблетки по 20 мг/25 мг:** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300969-23/В-138, 300972-23/В-138, 300975-23/В-138, 3009**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг:** **№28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у ка** **№84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **таблетки по 20 мг/25 мг:** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300969-23/В-138, 300972-23/В-138, 300975-23/В-138, 3009**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг:** **№28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у ка** **№84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **таблетки по 20 мг/25 мг:** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300969-23/В-138, 300972-23/В-138, 300975-23/В-138, 3009**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг:** **№28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у ка** **№84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **таблетки по 20 мг/25 мг:** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300969-23/В-138, 300972-23/В-138, 300975-23/В-138, 3009**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАТОРЕМ®-Н, таблетки по 10 мг/12,5 мг:** **№28 (14х2): по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у ка** **№84 (14х6): по 14 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к** **таблетки по 20 мг/25 мг:** **№30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у ка** **№60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у к**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302659-23/В-139, 302660-23/В-139, 309823-24/В-145 від 06**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТЕРОКОРТ®, крем 0,1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі у па**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302659-23/В-139, 302660-23/В-139, 309823-24/В-145 від 06**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТЕРОКОРТ®, крем 0,1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі у па**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302659-23/В-139, 302660-23/В-139, 309823-24/В-145 від 06**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТЕРОКОРТ®, крем 0,1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі у па**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307273-23/В-61 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТЕРОКОРТ®, крем 0,1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі у па**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307273-23/В-61 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТЕРОКОРТ®, крем 0,1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі у па**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307273-23/В-61 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТЕРОКОРТ®, крем 0,1 % по 15 г у тубі; по 1 тубі у па**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304917-23/3-116 від 13.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або або 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304917-23/З-116 від 13.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або або 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304917-23/3-116 від 13.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або або 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304917-23/3-116 від 13.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або або 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304917-23/З-116 від 13.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або або 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304917-23/3-116 від 13.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або або 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304917-23/3-116 від 13.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або або 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304917-23/З-116 від 13.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або або 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**304917-23/3-116 від 13.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або або 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у бл**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**298294-23/3-60, 298295-23/3-60 від 24.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬФАРГИН®, мазь, 10 мг/г; по 50 г у тубі алюмініє**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**298294-23/3-60, 298295-23/3-60 від 24.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬФАРГИН®, мазь, 10 мг/г; по 50 г у тубі алюмініє**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**298294-23/3-60, 298295-23/3-60 від 24.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬФАРГИН®, мазь, 10 мг/г; по 50 г у тубі алюмініє**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311811-24/В-123, 311812-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУФЕНТАНІЛ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 5 мкг/мл; по 2 розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл; по 5 мл в ампулі; по 5 а**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311811-24/В-123, 311812-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУФЕНТАНІЛ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 5 мкг/мл; по 2 розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл; по 5 мл в ампулі; по 5 а**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311811-24/В-123, 311812-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУФЕНТАНІЛ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 5 мкг/мл; по 2 розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл; по 5 мл в ампулі; по 5 а**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311811-24/В-123, 311812-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУФЕНТАНІЛ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 5 мкг/мл; по 2 розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл; по 5 мл в ампулі; по 5 а**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311811-24/В-123, 311812-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУФЕНТАНІЛ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 5 мкг/мл; по 2 розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл; по 5 мл в ампулі; по 5 а**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311811-24/В-123, 311812-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУФЕНТАНІЛ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 5 мкг/мл; по 2 розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл; по 5 мл в ампулі; по 5 а**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**298859-23/3-142, 298862-23/3-142, 298864-23/3-142, 29886**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЗАМАКС, порошок для розчину для інфузій, 4 г/500**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**298859-23/3-142, 298862-23/3-142, 298864-23/3-142, 29886**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЗАМАКС, порошок для розчину для інфузій, 4 г/500**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**298859-23/3-142, 298862-23/3-142, 298864-23/3-142, 29886**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЗАМАКС, порошок для розчину для інфузій, 4 г/500**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310454-24/В-142 від 16.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАУФОН-ДАРНИЦЯ, краплі очні, розчин, 40 мг/мл; п**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310454-24/В-142 від 16.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАУФОН-ДАРНИЦЯ, краплі очні, розчин, 40 мг/мл; п**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310454-24/В-142 від 16.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАУФОН-ДАРНИЦЯ, краплі очні, розчин, 40 мг/мл; п**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303397-23/3-138, 303398-23/3-138, 303399-23/3-138, 30340**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛМІСТА, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 7 табле таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній ко**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303397-23/3-138, 303398-23/3-138, 303399-23/3-138, 30340**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛМІСТА, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 7 табле таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній ко**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303397-23/3-138, 303398-23/3-138, 303399-23/3-138, 30340**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛМІСТА, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 7 табле таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній ко**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303397-23/3-138, 303398-23/3-138, 303399-23/3-138, 30340**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛМІСТА, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 7 табле таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній ко**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303397-23/3-138, 303398-23/3-138, 303399-23/3-138, 30340**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛМІСТА, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 7 табле таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній ко**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303397-23/3-138, 303398-23/3-138, 303399-23/3-138, 30340**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛМІСТА, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 7 табле таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній ко**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302486-23/3-128 від 04.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг; по 100 мг; по 1 капсулі**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302486-23/З-128 від 04.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг; по 100 мг; по 1 капсулі**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302486-23/3-128 від 04.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг; по 100 мг; по 1 капсулі**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303095-23/3-82 від 16.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, порошок для розчину для інфузій по 100**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303095-23/3-82 від 16.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, порошок для розчину для інфузій по 100**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303095-23/3-82 від 16.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, порошок для розчину для інфузій по 100**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311297-24/B-145 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕСТОСТЕРОНУ ПРОПІОНАТ, розчин для ін'єкцій 5 по 1 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у пачці з картону; п з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311297-24/B-145 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕСТОСТЕРОНУ ПРОПІОНАТ, розчин для ін'єкцій 5 по 1 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у пачці з картону; п з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311297-24/B-145 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕСТОСТЕРОНУ ПРОПІОНАТ, розчин для ін'єкцій 5 по 1 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у пачці з картону; п з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311295-24/B-145, 311296-24/B-145 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕСТОСТЕРОНУ ПРОПІОНАТ, порошок кристалічн виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311295-24/B-145, 311296-24/B-145 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕСТОСТЕРОНУ ПРОПІОНАТ, порошок кристалічн виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311295-24/B-145, 311296-24/B-145 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕСТОСТЕРОНУ ПРОПІОНАТ, порошок кристалічн виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311013-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИГОФАСТ-120, ТИГОФАСТ-180, таблетки, вкриті пл по 1 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311013-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИГОФАСТ-120, ТИГОФАСТ-180, таблетки, вкриті пл по 1 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311013-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИГОФАСТ-120, ТИГОФАСТ-180, таблетки, вкриті пл по 1 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311013-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИГОФАСТ-120, ТИГОФАСТ-180, таблетки, вкриті пл по 1 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311013-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИГОФАСТ-120, ТИГОФАСТ-180, таблетки, вкриті пл по 1 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311013-24/З-100 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИГОФАСТ-120, ТИГОФАСТ-180, таблетки, вкриті пл по 1 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303016-23/З-100, 303017-23/З-100, 312198-24/З-100 від 13.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИМОГЛОБУЛІН®, ліофілізований порошок для при 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українс**
Заявник	**Санофі Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303016-23/З-100, 303017-23/З-100, 312198-24/З-100 від 13.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИМОГЛОБУЛІН®, ліофілізований порошок для при 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українс**
Заявник	**Санофі Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303016-23/З-100, 303017-23/З-100, 312198-24/З-100 від 13.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИМОГЛОБУЛІН®, ліофілізований порошок для при 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українс**
Заявник	**Санофі Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309845-24/3-96 від 06.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИМОЛОЛУ МАЛЕАТ, порошок (субстанція) у подвій лікарських форм**
Заявник	**ВЕЗ Фармахем д.о.о., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309845-24/3-96 від 06.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИМОЛОЛУ МАЛЕАТ, порошок (субстанція) у подвій лікарських форм**
Заявник	**ВЕЗ Фармахем д.о.о., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309845-24/3-96 від 06.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИМОЛОЛУ МАЛЕАТ, порошок (субстанція) у подвій лікарських форм**
Заявник	**ВЕЗ Фармахем д.о.о., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310829-24/3-128 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИРОЗУР, гель, 1 мг/г; по 5 г або по 25 г гелю у тубі; п**
Заявник	**Енгельгард Арцнаймiттель ГмбХ & Ко.КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310829-24/З-128 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИРОЗУР, гель, 1 мг/г; по 5 г або по 25 г гелю у тубі; п**
Заявник	**Енгельгард Арцнаймітель ГмбХ & Ко.КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310829-24/З-128 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИРОЗУР, гель, 1 мг/г; по 5 г або по 25 г гелю у тубі; п**
Заявник	**Енгельгард Арцнаймітель ГмбХ & Ко.КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312399-24/3-45 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОВІСТА, розчин для ін'єкцій, по 4 мг/2 мл, по 2 мл в**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312399-24/3-45 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОВІСТА, розчин для ін'єкцій, по 4 мг/2 мл, по 2 мл в**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312399-24/3-45 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОВІСТА, розчин для ін'єкцій, по 4 мг/2 мл, по 2 мл в**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311541-24/В-98 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОТРИАЗОЛІН, краплі очні, 10 мг/мл; по 5 мл у флак кришкою-крапельницею**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311541-24/В-98 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОТРИАЗОЛІН, краплі очні, 10 мг/мл; по 5 мл у флак кришкою-крапельницею**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311541-24/В-98 від 06.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОТРИАЗОЛІН, краплі очні, 10 мг/мл; по 5 мл у флак кришкою-крапельницею**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305233-23/3-96, 307593-23/3-96 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОНЗИПРЕТ®, таблетки для смоктання, по 25 таблето**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305233-23/3-96, 307593-23/3-96 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОНЗИПРЕТ®, таблетки для смоктання, по 25 таблето**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305233-23/3-96, 307593-23/3-96 від 16.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОНЗИПРЕТ®, таблетки для смоктання, по 25 таблето**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307460-23/З-123 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по або по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307460-23/З-123 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по або по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307460-23/З-123 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по або по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307460-23/З-123 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по або по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307460-23/З-123 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по або по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307460-23/З-123 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по або по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307460-23/З-123 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по або по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307460-23/З-123 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по або по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307460-23/З-123 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по або по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311806-24/В-123, 311807-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАЙФЕМОЛ Н, сироп; по 100 мл або по 200 мл у фла картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311806-24/B-123, 311807-24/B-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАЙФЕМОЛ Н, сироп; по 100 мл або по 200 мл у фла картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311806-24/В-123, 311807-24/В-123 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАЙФЕМОЛ Н, сироп; по 100 мл або по 200 мл у фла картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308904-24/B-96 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, кристалічний порошок застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308904-24/B-96 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, кристалічний порошок застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308904-24/B-96 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, кристалічний порошок застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307502-23/3-121 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИГРИМ, таблетки по 10 мг, по 10 таблеток у блістер**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307502-23/3-121 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИГРИМ, таблетки по 10 мг, по 10 таблеток у блістер**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307502-23/3-121 від 20.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИГРИМ, таблетки по 10 мг, по 10 таблеток у блістер**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299458-23/3-142, 299459-23/3-142, 299460-23/3-142 від 10.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛЬТРЕКС, капсули по 150 мг або 300 мг; по 8 капсул**
Заявник	**Рівофарм СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299458-23/3-142, 299459-23/3-142, 299460-23/3-142 від 10.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛЬТРЕКС, капсули по 150 мг або 300 мг; по 8 капсул**
Заявник	**Рівофарм СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299458-23/3-142, 299459-23/3-142, 299460-23/3-142 від 10.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛЬТРЕКС, капсули по 150 мг або 300 мг; по 8 капсул**
Заявник	**Рівофарм СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299458-23/3-142, 299459-23/3-142, 299460-23/3-142 від 10.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛЬТРЕКС, капсули по 150 мг або 300 мг; по 8 капсул**
Заявник	**Рівофарм СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299458-23/3-142, 299459-23/3-142, 299460-23/3-142 від 10.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛЬТРЕКС, капсули по 150 мг або 300 мг; по 8 капсул**
Заявник	**Рівофарм СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299458-23/3-142, 299459-23/3-142, 299460-23/3-142 від 10.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛЬТРЕКС, капсули по 150 мг або 300 мг; по 8 капсул**
Заявник	**Рівофарм СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308946-24/3-60 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРЕОТОП®, мазь 12 %; по 50 г або по 100 г у тубі; по 1**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308946-24/3-60 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРЕОТОП®, мазь 12 %; по 50 г або по 100 г у тубі; по 1**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308946-24/3-60 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРЕОТОП®, мазь 12 %; по 50 г або по 100 г у тубі; по 1**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310626-24/B-96 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, капсули по 10 капсул у блістері; по 4 бл**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310626-24/B-96 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, капсули по 10 капсул у блістері; по 4 бл**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310626-24/B-96 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, капсули по 10 капсул у блістері; по 4 бл**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307159-23/B-96, 307160-23/B-96, 307161-23/B-96, 307162-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРІНГТОН, таблетки для смоктання по 10 таблеток**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307159-23/B-96, 307160-23/B-96, 307161-23/B-96, 307162-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРІНГТОН, таблетки для смоктання по 10 таблеток**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307159-23/В-96, 307160-23/В-96, 307161-23/В-96, 307162-2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРІНГТОН, таблетки для смоктання по 10 таблеток**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308262-24/З-139 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАСТЕНАЛ, порошок для орального розчину по 80 мг**
Заявник	**УАБ "МРА", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308262-24/З-139 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАСТЕНАЛ, порошок для орального розчину по 80 мг**
Заявник	**УАБ "МРА", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308262-24/З-139 від 09.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАСТЕНАЛ, порошок для орального розчину по 80 мг**
Заявник	**УАБ "МРА", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301884-23/3-140, 301885-23/3-140, 301886-23/3-140, 30188 301891-23/3-140, 301892-23/3-140, 301893-23/3-140, 30189 301898-23/3-140, 301899-23/3-140 від 20.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАСТУМ® ГЕЛЬ, гель 2,5 %; по 20 г, або 30 г, або 50 г**
Заявник	**А. Менаріні Індустріє Фармацеутиче Ріуніте С.р.Л., Іта**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301884-23/3-140, 301885-23/3-140, 301886-23/3-140, 30188 301891-23/3-140, 301892-23/3-140, 301893-23/3-140, 30189 301898-23/3-140, 301899-23/3-140 від 20.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАСТУМ® ГЕЛЬ, гель 2,5 %; по 20 г, або 30 г, або 50 г**
Заявник	**А. Менаріні Індустріє Фармацеутиче Ріуніте С.р.Л., Іта**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301884-23/3-140, 301885-23/3-140, 301886-23/3-140, 30188 301891-23/3-140, 301892-23/3-140, 301893-23/3-140, 30189 301898-23/3-140, 301899-23/3-140 від 20.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАСТУМ® ГЕЛЬ, гель 2,5 %; по 20 г, або 30 г, або 50 г**
Заявник	**А. Менаріні Індустріє Фармацеутиче Ріуніте С.р.Л., Іта**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307977-23/3-145 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕБЛОРІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307977-23/З-145 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕБЛОРІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307977-23/З-145 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕБЛОРІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307977-23/3-145 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕБЛОРІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307977-23/З-145 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕБЛОРІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307977-23/З-145 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕБЛОРІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Манкайнд Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311983-24/B-61, 311984-24/B-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІГІДИН-ЗДОРОВ'Я, краплі оральні, розчин, 20 мг кришкою; по 1 флакону в коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311983-24/В-61, 311984-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІГІДИН-ЗДОРОВ'Я, краплі оральні, розчин, 20 мг кришкою; по 1 флакону в коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311983-24/В-61, 311984-24/В-61 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІГІДИН-ЗДОРОВ'Я, краплі оральні, розчин, 20 мг кришкою; по 1 флакону в коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306334-23/В-96 від 06.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАВОВІР®, сироп по 30 мл, або по 50 мл, або по 60 м ємністю у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306334-23/В-96 від 06.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАВОВІР®, сироп по 30 мл, або по 50 мл, або по 60 м ємністю у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306334-23/В-96 від 06.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАВОВІР®, сироп по 30 мл, або по 50 мл, або по 60 м ємністю у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310611-24/З-145, 310613-24/З-145 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАМІДЕЗ ГЕЛЬ, гель; по 20 г, 30 г, 40 г або 100 г в ла**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310611-24/З-145, 310613-24/З-145 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАМІДЕЗ ГЕЛЬ, гель; по 20 г, 30 г, 40 г або 100 г в ла**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310611-24/З-145, 310613-24/З-145 від 20.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАМІДЕЗ ГЕЛЬ, гель; по 20 г, 30 г, 40 г або 100 г в л**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301350-23/3-137 від 13.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЕКСЕЛІТ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 1 мл (** **пластиковому блістері; по 1 блістеру в картонній коро**
Заявник	**БРОС ЛТД, Греція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301350-23/З-137 від 13.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЕКСЕЛІТ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 1 мл (** **пластиковому блістері; по 1 блістеру в картонній короб**
Заявник	**БРОС ЛТД, Греція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301350-23/З-137 від 13.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЕКСЕЛІТ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 1 мл (пластиковому блістері; по 1 блістеру в картонній коро**
Заявник	**БРОС ЛТД, Греція**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311304-24/B-146 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСІУМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311304-24/B-146 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСІУМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311304-24/В-146 від 01.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСІУМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311697-24/B-121 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСІУМ®, розчин для інфузій, 5 мг/мл; по 100 мл у**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311697-24/В-121 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСІУМ®, розчин для інфузій, 5 мг/мл; по 100 мл у**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311697-24/B-121 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСІУМ®, розчин для інфузій, 5 мг/мл; по 100 мл у**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305918-23/B-134, 305919-23/B-134 від 28.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУБРІКС®, льодяники по 8,75 мг, по 8 або 12 льодян**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305918-23/В-134, 305919-23/В-134 від 28.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУБРІКС®, льодяники по 8,75 мг, по 8 або 12 льодян**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305918-23/В-134, 305919-23/В-134 від 28.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУБРІКС®, льодяники по 8,75 мг, по 8 або 12 льодян**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305077-23/3-132 від 14.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУДАРАБІН АККОРД, концентрат для розчину для флакону в картонній пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305077-23/3-132 від 14.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУДАРАБІН АККОРД, концентрат для розчину для флакону в картонній пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305077-23/3-132 від 14.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУДАРАБІН АККОРД, концентрат для розчину для флакону в картонній пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310285-24/3-60 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУНОЛ®, капсули, по 150 мг по 1 або 2 капсули у блістері; по 1 блістеру у картонній**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310285-24/3-60 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУНОЛ®, капсули, по 150 мг по 1 або 2 капсули у блістері; по 1 блістеру у картонній**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310285-24/3-60 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУНОЛ®, капсули, по 150 мг по 1 або 2 капсули у блістері; по 1 блістеру у картонній**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310774-24/З-142 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА, льодяники по 3 мг зі смаком лимона або зі блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310774-24/З-142 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА, льодяники по 3 мг зі смаком лимона або зі блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310774-24/З-142 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА, льодяники по 3 мг зі смаком лимона або зі блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310774-24/З-142 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА, льодяники по 3 мг зі смаком лимона або зі блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310774-24/З-142 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА, льодяники по 3 мг зі смаком лимона або зі блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310774-24/З-142 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА, льодяники по 3 мг зі смаком лимона або зі блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311912-24/3-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА ЛІДО , льодяники зі смаком апельсина, зі см блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311912-24/3-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА ЛІДО , льодяники зі смаком апельсина, зі с блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311912-24/3-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА ЛІДО , льодяники зі смаком апельсина, зі с блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311912-24/3-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА ЛІДО , льодяники зі смаком апельсина, зі см блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311912-24/3-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА ЛІДО , льодяники зі смаком апельсина, зі с блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311912-24/3-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА ЛІДО , льодяники зі смаком апельсина, зі с блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311912-24/3-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА ЛІДО , льодяники зі смаком апельсина, зі см блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311912-24/3-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА ЛІДО , льодяники зі смаком апельсина, зі с блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311912-24/3-132 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРТЕЗА ЛІДО , льодяники зі смаком апельсина, зі с блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308287-24/B-45, 308288-24/B-45 від 10.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРЕЛСІ®, розчин для ін`єкцій 2,5 мг/0,5 мл, по 0,5 мл**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308287-24/В-45, 308288-24/В-45 від 10.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРЕЛСІ®, розчин для ін`єкцій 2,5 мг/0,5 мл, по 0,5 мл**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308287-24/В-45, 308288-24/В-45 від 10.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРЕЛСІ®, розчин для ін`єкцій 2,5 мг/0,5 мл, по 0,5 мл**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307694-23/3-92 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРІФЛО КЛІЗМА, розчин ректальний, 21,4 г/9,4 г в 11 наконечником та ковпачком; по 1 флакону у картонній**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307694-23/3-92 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРІФЛО КЛІЗМА, розчин ректальний, 21,4 г/9,4 г в 11 наконечником та ковпачком; по 1 флакону у картонні**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307694-23/3-92 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРІФЛО КЛІЗМА, розчин ректальний, 21,4 г/9,4 г в 11 наконечником та ковпачком; по 1 флакону у картонні**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302190-23/В-97 від 27.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУМАРТА®, капсули, по 10 капсул у блістері; по 2 або**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302190-23/В-97 від 27.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУМАРТА®, капсули, по 10 капсул у блістері; по 2 або**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302190-23/В-97 від 27.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУМАРТА®, капсули, по 10 капсул у блістері; по 2 або**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310572-24/3-132 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС®, гель, 5 мг/г; по 30 г гелю у тубі; по 1 тубі у к**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310572-24/З-132 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС®, гель, 5 мг/г; по 30 г гелю у тубі; по 1 тубі у к**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310572-24/З-132 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС®, гель, 5 мг/г; по 30 г гелю у тубі; по 1 тубі у к**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308740-24/3-145 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД, таблетки;** **по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачц** **по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачц** **по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачц** **по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пач** **по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пач**
Заявник	**Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308740-24/3-145 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛІПЕКС® АНТИКОЛД, таблетки;** **по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачц** **по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачц** **по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачц** **по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пач** **по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пач**
Заявник	**Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308740-24/3-145 від 19.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛІПЕКС® АНТИКОЛД, таблетки;** **по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачц** **по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачц** **по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачц** **по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пач** **по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пач**
Заявник	**Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312469-24/В-124 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ДЛЯ ДІТЕЙ, порошок саше; по 6 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312469-24/B-124 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ДЛЯ ДІТЕЙ, порошок саше; по 6 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312469-24/В-124 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ДЛЯ ДІТЕЙ, порошок саше; по 6 саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312467-24/В-124 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР, порошок для о пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312467-24/В-124 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР, порошок для о пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312467-24/В-124 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР, порошок для о пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302750-23/В-98 від 09.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР, порошок для о пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302750-23/В-98 від 09.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР, порошок для о пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**302750-23/В-98 від 09.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР, порошок для с пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303745-23/В-140 від 25.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, П саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303745-23/В-140 від 25.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, П саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303745-23/В-140 від 25.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, П саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312468-24/В-124 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, п саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312468-24/В-124 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, п саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312468-24/В-124 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, п саше у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311702-24/В-97, 311703-24/В-97 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕПІДЕРМ ФОРТЕ АЕРОЗОЛЬ, піна нашкірна, по 58**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311702-24/B-97, 311703-24/B-97 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕПІДЕРМ ФОРТЕ АЕРОЗОЛЬ, піна нашкірна, по 58**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311702-24/B-97, 311703-24/B-97 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕПІДЕРМ ФОРТЕ АЕРОЗОЛЬ, піна нашкірна, по 58**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312025-24/В-146, 312030-24/В-146 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЛОРГЕКСИДИН-ФАРМЕКС, песарії по 16 мг по 5 пе**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312025-24/B-146, 312030-24/B-146 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЛОРГЕКСИДИН-ФАРМЕКС, песарії по 16 мг по 5 пе**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312025-24/B-146, 312030-24/B-146 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЛОРГЕКСИДИН-ФАРМЕКС, песарії по 16 мг по 5 пе**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309052-24/В-121 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОСАТ, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 2 мл**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309052-24/В-121 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОСАТ, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 2 мл**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309052-24/В-121 від 25.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОСАТ, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 2 мл**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309755-24/В-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ДУО, таблетки для розсмоктування, по 10**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309755-24/В-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ДУО, таблетки для розсмоктування, по 10**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309755-24/В-142 від 05.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ДУО, таблетки для розсмоктування, по 10**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300028-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300028-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300028-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300028-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300028-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300028-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301097-23/В-92 від 08.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН КОМБІ , порошок для розчину для ін коробці**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301097-23/В-92 від 08.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН КОМБІ , порошок для розчину для ін коробці**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301097-23/В-92 від 08.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН КОМБІ , порошок для розчину для ін коробці**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300027-23/3-96 від 21.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приго по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з к картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305268-23/3-61, 307618-23/3-60, 307619-23/3-60 від 21.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОДИНОН®, таблетки, вкриті оболонкою по 15 т**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305268-23/З-61, 307618-23/З-60, 307619-23/З-60 від 21.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОДИНОН®, таблетки, вкриті оболонкою по 15 т**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305268-23/З-61, 307618-23/З-60, 307619-23/З-60 від 21.12.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОДИНОН®, таблетки, вкриті оболонкою по 15 т**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307642-23/3-61 від 22.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСПЛАТИНА АККОРД, концентрат для розчину дл флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307642-23/3-61 від 22.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСПЛАТИНА АККОРД, концентрат для розчину дл флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307642-23/3-61 від 22.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСПЛАТИНА АККОРД, концентрат для розчину дл флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311707-24/B-97, 311708-24/B-97 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТИКОЛІН-ЗДОРОВ`Я, розчин оральний, 100 мг/мл зі стаканом мірним у коробці з картону; по 50 мл або п дозуючою у коробці з картону; по 10 мл у саше; по 20 с**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311707-24/B-97, 311708-24/B-97 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТИКОЛІН-ЗДОРОВ`Я, розчин оральний, 100 мг/мл зі стаканом мірним у коробці з картону; по 50 мл або п дозуючою у коробці з картону; по 10 мл у саше; по 20 с**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311707-24/B-97, 311708-24/B-97 від 08.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТИКОЛІН-ЗДОРОВ`Я, розчин оральний, 100 мг/мл зі стаканом мірним у коробці з картону; по 50 мл або п дозуючою у коробці з картону; по 10 мл у саше; по 20 с**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303951-23/З-134, 303954-23/З-134 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 блістері; по 4 блістери в картонній коробці разом з Інст**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303951-23/3-134, 303954-23/3-134 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 блістері; по 4 блістери в картонній коробці разом з Інст**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303951-23/3-134, 303954-23/3-134 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 блістері; по 4 блістери в картонній коробці разом з Інст**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303951-23/З-134, 303954-23/З-134 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 блістері; по 4 блістери в картонній коробці разом з Інст**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303951-23/3-134, 303954-23/3-134 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 блістері; по 4 блістери в картонній коробці разом з Інст**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303951-23/3-134, 303954-23/3-134 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 блістері; по 4 блістери в картонній коробці разом з Інст**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303951-23/З-134, 303954-23/З-134 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 блістері; по 4 блістери в картонній коробці разом з Інст**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303951-23/3-134, 303954-23/3-134 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 блістері; по 4 блістери в картонній коробці разом з Інст**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303951-23/3-134, 303954-23/3-134 від 30.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 блістері; по 4 блістери в картонній коробці разом з Інст**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**07.05.2024 р. № 794**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	